

Mittel- und langfristige Finanzierung der Pflegevorsorge

Mühlberger, Ulrike; Knittler, Käthe; Guger, Alois

Veröffentlichungsversion / Published Version
Sammelwerksbeitrag / collection article

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Mühlberger, U., Knittler, K., & Guger, A. (2010). Mittel- und langfristige Finanzierung der Pflegevorsorge. In *Finanzierung der Pflegevorsorge* (S. 5-90). Wien: ÖGB-Verl. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-422404>

Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer CC BY-SA Lizenz (Namensnennung-Weitergabe unter gleichen Bedingungen) zur Verfügung gestellt. Nähere Auskünfte zu den CC-Lizenzen finden Sie hier:
<https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/deed.de>

Terms of use:

This document is made available under a CC BY-SA Licence (Attribution-ShareAlike). For more Information see:
<https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0>

MITTEL- UND LANGFRISTIGE FINANZIERUNG DER PFLEGEVORSORGE

Ulrike Mühlberger, Käthe Knittler, Alois Guger

Studie des Österreichischen Instituts für Wirtschaftsforschung

Begutachtung: Franz Sinabell, Ewald Walterskirchen

Wissenschaftliche Assistenz: Stefan Fuchs, Andrea Sutrich

März 2008

INHALTSVERZEICHNIS

1.	Einleitung	13
1.1.	Problemstellung und Zielsetzung	13
1.2.	Datenrestriktionen – Grenzen der Studie	14
1.3.	Zur Nahtstellenproblematik zwischen Gesundheit und Pflege	16
2.	Erhebung des Status quo	17
2.1.	Die Pflegevorsorge in Österreich	17
2.2.	Finanzierungsaufwand und Finanzierungsstruktur der Langzeitpflege in Österreich	18
2.3.	Die Verteilungswirkung des derzeitigen Finanzierungsmodells	25
3.	Mittel- und langfristige Entwicklung der Pflegevorsorge	27
3.1.	Bestimmende Faktoren der Kostenentwicklung	27
3.1.1.	Demografische Faktoren	29
3.1.2.	Nicht-demografische Faktoren	33
3.2.	Prognoseszenarien	37
3.2.1.	Modelldesign und Methoden	37
3.2.2.	Basisszenario: demografische Entwicklung	40
3.2.3.	Szenario mit steigender Gesundheit und sinkendem Pflegerisiko	42
3.2.4.	Szenario mit erhöhter Nachfrage nach formeller Pflege	44
3.2.5.	Szenario mit Kostenanstieg der Sachleistungen	45
3.2.6.	Gesamtszenarien	46
4.	Pflegefinanzierung internationaler Vergleich	52
4.1.	Einleitung	52
4.2.	Deutschland	54

4.2.1.	Pflegesystem und Finanzierungsstruktur	55
4.2.2.	Pflegereform 2008	58
4.2.3.	Probleme und aktuelle Diskussion	59
4.3.	Niederlande	60
4.3.1.	Pflegesystem und Finanzierungsstruktur	61
4.3.2.	Gesundheitsreform 2006	64
4.3.3.	Diskussion und Probleme	67
4.4.	Dänemark	68
4.4.1.	Pflegesystem und Finanzierungsstruktur	69
4.4.2.	Probleme und aktuelle Diskussionen	72
5.	Schlussfolgerungen	74
6.	Literaturverzeichnis	77
7.	Anhang	82

VERZEICHNIS DER ÜBERSICHTEN

Übersicht 1:	Verteilung des Bundes- und Landespflegegeldes nach Pflegestufen, 2006	19
Übersicht 2:	Anteil der Bundes- und LandespflegegeldbezieherInnen an der Gesamtbevölkerung in den jeweiligen Altersgruppen, 1995 bis 2006	21
Übersicht 3:	Übersicht Anzahl der BezieherInnen von Pflegegeld, 1996 bis 2006	21
Übersicht 4:	Geld- und Sachleistungen der Pflegevorsorge, Bund und Länder, 1994 bis 2006	24
Übersicht 5:	Veränderungsraten der Geld- und Sachleistungen, 1994 bis 2006	25
Übersicht 6:	Stand der Bevölkerung nach Altersgruppen gemäß Bevölkerungsprognose	31
Übersicht 7:	Die unterschiedlichen Annahmen über die Lebenserwartung in Gesundheit	32
Übersicht 8:	Stand der Bevölkerung sowie Frauenanteil nach Altersgruppen	34
Übersicht 9:	Entwicklung der Erwerbsquoten von Frauen nach Altersgruppen	35
Übersicht 10:	Anteil weiblicher Erwerbspersonen nach Altersgruppen in Prozent	36
Übersicht 11:	Mittel- und langfristige Kostenentwicklung der Langzeitpflege: zugrunde liegende Annahmen der unterschiedlichen Szenarien	39
Übersicht 12:	Prognose der Bundes- und LandespflegegeldbezieherInnen bis 2030 – Basisszenario	40

Übersicht 13:	Prognose des Bundes- und Landespflegegeldaufwandes in Mio. € bis 2030 – Basisszenario	41
Übersicht 14:	Prognose des Kostenanstiegs der Sachleistungen bis 2030 – Basisszenario	41
Übersicht 15:	Prognose der Bundes- und LandespflegegeldbezieherInnen bis 2030 – Szenario Bessere Gesundheit	42
Übersicht 16:	Prognose des Bundes- und Landespflegegeldaufwandes in Mio. € bis 2030 – Szenario Bessere Gesundheit	43
Übersicht 17:	Prognose des Kostenanstiegs der Sachleistungen bis 2030 – Szenario Bessere Gesundheit	44
Übersicht 18:	Prognose des Kostenanstiegs der Sachleistungen bis 2030 – Szenario mehr formelle Pflege	45
Übersicht 19:	Prognose des Kostenanstiegs der Sachleistungen Mio. € bis 2030 – Szenario Kostenanstieg	46
Übersicht 20:	Prozentuelle Abweichungen der tatsächlichen Anzahl der BundespflegegeldbezieherInnen 2006 mit den projektierten Werten auf Basis der Bundespflegegeld- bezieherInnen 1996	48
Übersicht 21:	Prognose der Bundes- und Landespflegegeld- bezieherInnen bis 2030 – Gesamtszenario	49
Übersicht 22:	Zusammenfassung der drei Szenarien Kosten und prozentuelle Veränderung gegenüber 2006	51
Übersicht 23:	Leistungsart und Höhe je nach Pflegestufe	57
Übersicht 24:	Internationaler Vergleich der Pflegesicherung	73
Übersicht A1:	Anzahl der BezieherInnen von Pflegegeld, 1994 bis 2006	83
Übersicht A2:	LandespflegegeldbezieherInnen nach Geschlecht und Bundesland, 1994 bis 2006	84
Übersicht A3:	Finanzierung der Altenpflege (über 60 Jahre) durch Gebietskörperschaften, 2005	85

Übersicht A4:	Nettoaufwand ambulante Dienste, 2000 bis 2006	86
Übersicht A5:	Nettoaufwand stationäre Dienste, 2000 bis 2006	87
Übersicht A6:	Nettoaufwand ambulante Dienste, 1994 bis 2006	88
Übersicht A7:	Nettoaufwand teilstationäre Dienste, 1994 bis 2006	88
Übersicht A8:	Nettoaufwand stationäre Dienste, 1994 bis 2006	89
Übersicht A9:	Nettoaufwand Gesamt, 1994 bis 2006	89
Übersicht A10:	Zuordnung des Kostenausweises für teilstationäre Dienste	90
Übersicht A11:	Zuordnung des Kostenausweises für stationäre Dienste	90

VERZEICHNIS DER ABBILDUNGEN

Abbildung 1:	Anteil der Bundes- und LandespflegegeldbezieherInnen in den jeweiligen Altersgruppen (Stichtag 31.12.2006)	20
Abbildung 2:	Bundes- und LandespflegegeldbezieherInnen nach Altersgruppen, 1995 bis 2006	22
Abbildung 3:	Bundes- und Landespflegegeld in Prozent des BIP, 1994 bis 2006	23
Abbildung 4:	Im WIFO-Modell berücksichtigte Bestimmungsfaktoren der Ausgaben für Langzeitpflege	28
Abbildung 5:	Entwicklung der Bevölkerung in Österreich	30

1. EINLEITUNG

1.1. Problemstellung und Zielsetzung

Das österreichische Modell der Pflegevorsorge steht durch den demografischen Wandel sowie die verstärkte Individualisierung der Gesellschaft vor einer immer dringlicher werdenden Herausforderung. Einerseits ist durch die steigende Alterung der Bevölkerung eine wachsende Belastung der öffentlichen Budgets zu erwarten - auch wenn dies durch einen prognostizierten Anstieg der Lebensjahre in Gesundheit und der Effizienzsteigerungen der Pflegeleistungen etwas abgeschwächt werden wird. Andererseits kann durch die steigende Erwerbsbeteiligung von Frauen sowie aufgrund des Rückgangs der Kinderanzahl eine Erhöhung der Nachfrage nach außerfamiliären Pflegeleistungen erwartet werden.

Pflegebedürftig zu werden, stellt ein Risiko dar, welches vor allem BezieherInnen von geringeren Pensionen finanziell überfordern kann. Die Daten über die soziale Struktur der PflegegeldbezieherInnen zeigen, dass das Pflegegeld vor allem an BezieherInnen niedriger Pensionen ausgezahlt wird. Um jedoch Aussagen über die Verteilungswirkung des österreichischen Pflegesystems machen zu können, muss auch die Finanzierungsseite und deren Verteilungswirkung beleuchtet werden, da auch das Aufkommen betrachtet werden muss.

Diese Studie zielt auf die Analyse der Finanzströme der österreichischen Pflegevorsorge ab. Der erste Teil stellt eine Status-quo-Erhebung des österreichischen Pflegesystems dar. Dabei werden der Finanzierungsaufwand sowie die Finanzierungsstruktur der Langzeitpflege in Österreich erfasst (Bund, Länder, Geld- und Sachleistungen). Darüber hinaus wird die distributive Wirkung des derzeitigen Finanzierungsmodells beleuchtet. Der zweite Teil der Studie beschäftigt sich mit der mittel- und langfristigen Kostenentwicklung der Pflegevorsorge aufgrund der derzeit geltenden Regelungen.

Es wird ein Modell präsentiert, welches auf Basis von demografischen (Änderungen der Bevölkerungsstruktur, Entwicklung des Gesundheitszustandes) und nicht-demografischen (Arbeitsmarktentwicklung, Kostenentwicklung im Pflegebereich) Faktoren die notwendigen Mittel für die Pflegevorsorge bis zum Jahr 2030 prognostiziert. Im dritten und letzten Teil der Studie werden Pflegesysteme dreier europäischer Länder untersucht: Deutschland, Dänemark und die Niederlande. Diese drei Länder wurden ausgewählt, da sie unterschiedliche Systeme repräsentieren: In Deutschland wurde 1995 eine Pflegeversicherung eingeführt (Beitragssystem), in Dänemark wird die Pflege über allgemeine Steuermittel finanziert (Steuersystem) und in den Niederlanden wird die Pflegevorsorge zwar auch über Beiträge finanziert, diese Beiträge haben jedoch eine wesentlich breitere Einzahlungsbasis als nur jene der Beschäftigten, da z. B. auch Vermögenssteuern inkludiert sind. Das niederländische System repräsentiert also ein Mischsystem.

1.2. Datenrestriktionen – Grenzen der Studie

Während das Bundes- und Landespflegegeld durch die jährlichen Berichte des Arbeitskreises für Pflegevorsorge gut dokumentiert sind, gestaltet sich die Erfassung der Sachausgaben der Länder als problematisch. Grund dafür ist die uneinheitliche und teilweise lückenhafte Berichterstattung der Länder über ihre Finanzaufwände für stationäre, teilstationäre und mobile Dienste. Dadurch ergibt sich in den jährlichen Berichten des Arbeitskreises für Pflegevorsorge eine unvollständige Zusammenstellung der Sachleistungen der Länder. Für diese Studie wurde versucht, fehlende Daten zu ergänzen – im Speziellen für das Jahr 2006 –, das relevante Jahr für die Prognosen über den künftigen Finanzaufwand der Pflegevorsorge in Österreich.

Die wesentlichen Probleme, die die Vergleichbarkeit zwischen den Bundesländern laut den Angaben der jährlichen Berichte des Arbeitskreises für Pflegevorsorge erschweren, sind folgende: (1) keine einheitliche Aufteilung zwischen den Leistungen für Alte und

Behinderte, (2) keine einheitliche Abgrenzung zwischen stationären, teilstationären und ambulanten Leistungen (so werden in einigen Bundesländern die teilstationären Dienste nicht explizit erfasst), (3) unterschiedliche Kostenerfassung nach BezieherInnenkreis – manche Bundesländer weisen nur die Kosten für PflegegeldbezieherInnen aus, manche die für Pflege und Nicht-PflegegeldbezieherInnen, (4) auch innerhalb der Bundesländer gibt es Datenbrüche zwischen den Jahren (Beispiele aus einzelnen Bundesländern: ab 2006 Datenübermittlung nur für PflegegeldbezieherInnen, davor auch für andere; ab 2005 im stationären Bereich auch die teilstationären Leistungen enthalten, davor getrennt).

Im Anhang dieser Studie werden die Daten der Ausgaben für die Pflegevorsorge in Österreich bestmöglich erfasst. Die Übersicht A1 gibt einen Überblick über die Anzahl der Bundes- und LandespflegegeldbezieherInnen zwischen 1994 und 2006. Übersicht A2 unterteilt die Anzahl der LandespflegegeldbezieherInnen weiter nach Bundesländern, getrennt nach Geschlecht, im Zeitverlauf 1994 bis 2006. Übersichten A4 und A5 stellen die Sachleistungen der Bundesländer im stationären und ambulanten Bereich zwischen 1994 und 2006 zusammen. Diese Übersichten sind dem Bericht des Arbeitskreises für Pflegevorsorge 2006 entnommen. Allerdings handelt es sich hier nicht um vollständige Daten, da aus Gründen der Vergleichbarkeit nicht alle gemeldeten Daten aus den vorhandenen Arbeitskreisberichten übernommen wurden. Übersichten A6 bis A11 präsentieren den Versuch, auf Basis der problematischen Datenlage, die Kosten in stationäre, teilstationäre und ambulante zu unterscheiden. Ein wesentlicher Unterschied der Übersichten A4 und A5 im Gegensatz zu den Übersichten A6 bis A11 ist auch, dass erstere nur die Kosten für die Altenpflege aufweisen, während letztere auch die Nettoaufwände für Behindertenheime berücksichtigen. Darüber hinaus wurden die Daten in Übersichten A6 bis A11 so weit wie möglich ergänzt (z. B. um die Daten der Wiener Städtischen Pflegeheime 2005 und 2006 und um die Daten des Kuratoriums Wiener Pensionisten Wohnhäuser 2004 bis 2006).

Summa summarum ist die Aufstellung der Kosten für die Langzeitpflege aufgrund der Heterogenität der Erfassung und Berichterstattung der Bundesländer äußerst problematisch. Für genaue Analysen der tatsächlichen Kosten der Langzeitpflege – bzw. um diese in die Zukunft zu prognostizieren – ist eine kohärente Zusammenstellung der Bundesländer unumgänglich.

1.3. Zur Nahtstellenproblematik zwischen Gesundheit und Pflege

Ein weiteres Problem für die Datenerfassung der Aufwände für die Pflegevorsorge in Österreich sind die teils verschwimmenden Grenzen zwischen dem Gesundheits- und dem Pflegesektor. Die für diese Studie relevante Nahtstellenproblematik zwischen Gesundheit und Pflege konzentriert sich im Wesentlichen auf zwei Bereiche: (1) Die Problematik, dass aufgrund der fehlenden Pflegeversorgung nach Krankenhausentlassung die Zeit des Krankenhausaufenthaltes verlängert wird und dadurch zusätzliche Ausgaben für den Gesundheitsbereich anfallen. (2) Die Problematik, dass aufgrund der fehlenden Pflegeversorgung im privaten Bereich voreilige Pflegeheimweisungen stattfinden, die mit einem koordinierten Entlassungsmanagement – im Speziellen die Vermittlung ambulanter und mobiler Betreuung - vermieden werden könnte.

Um diese Probleme zu reduzieren, wurden in den letzten Jahren in vielen Bundesländern ein Konzept des Entlassungsmanagements entworfen und speziell geschulte EntlassungsmanagerInnen ausgebildet. Ein Beispiel ist das Projekt „PIK“ (PatientInnenorientierte Integrierte Krankenbetreuung) – ein Projekt der Stadt Wien gemeinsam mit den Wiener Sozialversicherungsträgern, durch welches eigens trainierte EntlassungsmanagerInnen ausgebildet wurden und werden.

Laut einer empirischen Feldstudie zur Nahtstellenproblematik zwischen Gesundheit und Pflege in Oberösterreich (Lehner – Mayr, 2007) sind im Entlassungsmanagement folgende Prioritäten zu setzen: Informationsfluss bei Entlassungen; Schulung und

Begleitung von pflegenden Angehörigen nach Krankenhausentlassung; Möglichkeit, PatientInnen auch kurzfristig in stationäre Betreuung zu geben um die häusliche 24-Stunden-Pflege zu entlasten; Versorgungslücke nach Krankenhausentlassung; mehr Vernetzung von stationärer, ambulanter und mobiler Versorgung.

2. ERHEBUNG DES STATUS QUO

2.1. Die Pflegevorsorge in Österreich

Pflegebedürftige Menschen werden in Österreich von der öffentlichen Hand durch Geldleistungen (steuerfinanziertes Pflegegeld seit 1993) und durch Sachleistungen (Pflege und Altenheime, soziale Dienste) unterstützt. Für Geldleistungen kommen der Bund (Bundespflegegeld) und die Länder (Landespflegegeld), für Sachleistungen kommen die Länder und die Gemeinden auf. Während das Pflegegeld durch das Bundespflegegeldgesetz und neun – im Prinzip gleich lautende – Landespflegegeldgesetze bundesweit einheitlich geregelt ist, ist die Erbringung von Sachleistungen je nach Bundesland unterschiedlich geregelt, wodurch es bei der formellen Pflegebetreuung zu unterschiedlichen Standards im Bundesgebiet kommt. Der überwiegende Teil der effektiven Pflegeleistung wird jedoch informell, meist im familiären Kontext und unterstützt durch das Bundes- bzw. Landespflegegeld, erbracht. Laut Badelt et al. (1997) werden ca. 80% der Pflegeleistungen durch die Familie erbracht.

Mit dem 1. Juli 1993 wurde in Österreich ein einheitliches, bedarfsorientiertes – jedoch nicht notwendigerweise bedarfsdeckendes – Pflegegeld in 7 Leistungsstufen eingeführt, auf welches ein Rechtsanspruch besteht – und zwar unabhängig von Einkommen und Vermögen sowie der Ursache der Pflegebedürftigkeit. Diese Neuregelung der Pflegevorsorge in Österreich basiert erstens auf einer Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über gemeinsame Maßnahmen des Bundes und der Länder für pflegebedürftige Personen und zweitens auf dem Bundespflegegeldgesetz und den korrespondierenden

Pflegegeldgesetzen der Länder. Das sozialpolitische Ziel dieser Neuregelung war die gesellschaftliche Absicherung des Risikos, pflegebedürftig zu werden. Das Pflegegeld wird durch das allgemeine Steueraufkommen finanziert.

2.2. Finanzierungsaufwand und Finanzierungsstruktur der Langzeitpflege in Österreich

In Österreich unterstützt die öffentliche Hand – Bund, Länder, Gemeinden – die privaten Haushalte durch Geld- und Sachleistungen. Seit Einführung des Bundes- und Landespflegegelds im Jahr 1993 haben Personen, die einen ständigen Pflegebedarf von mehr als 50 Stunden im Monat nachweisen können (und der voraussichtlich mehr als 6 Monate andauern wird), einen gesetzlichen Anspruch auf die Zuerkennung des Bundes- bzw. Landespflegegeldes. Dieses ist je nach notwendiger Pflegeintensität in 7 Stufen unterteilt mit einem monatlichen Auszahlungsbetrag von € 148,3 Euro in der ersten Stufe bis zu € 1.562,1 in der siebten Stufe. Per Stichtag 31.12.2006 wurde an insgesamt 398.293 Personen Pflegegeld ausbezahlt (337.322 Bundespflegegeld, 60.971 Landespflegegeld). Im Vergleich zu 1996 hat sich die Anzahl der Bundes- und LandespflegegeldbezieherInnen um rund 26% erhöht. Der größte Teil wurde 2006 an BezieherInnen der Pflegestufe 2 (Pflegebedarf zwischen über 75 und 120 Stunden) ausbezahlt. Mehr als die Hälfte der PflegegeldbezieherInnen sind in Stufe 1 und 2, während nur ca. 5% in die obersten beiden Kategorien (Stufe 6 und 7) fallen. Geschlechtsspezifisch zeigt sich, dass zwei Drittel der PflegegeldbezieherInnen Frauen sind, was vor allem an der demografischen Entwicklung liegt (geringere Männeranzahl in den Kohorten durch die beiden Weltkriege sowie längere Lebenserwartung von Frauen).

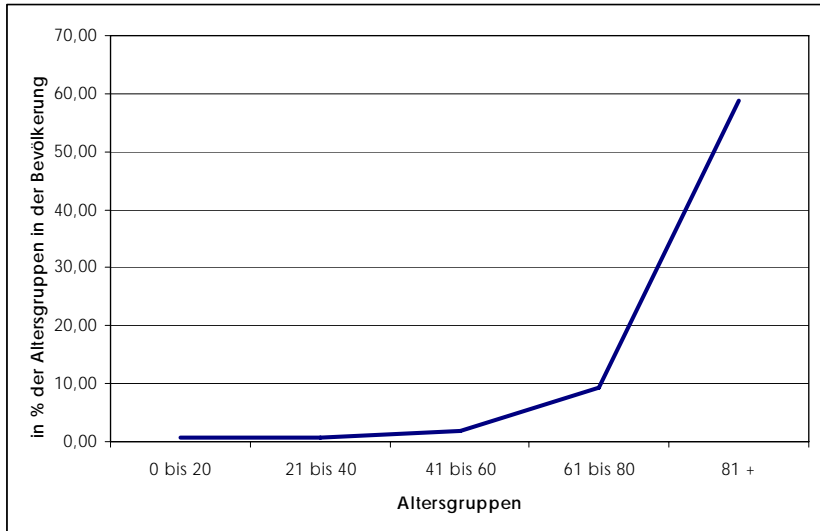
Übersicht 1: Verteilung des Bundes- und Landespflegegeldes nach Pflegestufen, 2006

Pflegegeld	Pflegebedarf in Stunden/Monat	Monatlicher Betrag 2006 (\$ 5 BPGG)	Anzahl der BezieherInnen (per Stichtag 31.12.2006; Bundes- und Landespflegegeld)		
			Frauen	Männer	Insgesamt
Stufe 1	Über 50 Stunden	148,3	62.009	23.851	85.860
Stufe 2	Über 75 Stunden	273,4	88.514	44.638	133.152
Stufe 3	Über 120 Stunden	421,8	43.750	22.002	65.752
Stufe 4	Über 160 Stunden	632,7	38.597	20.093	58.690
Stufe 5	Über 180 Stunden und außergewöhnlicher Pflegebedarf	859,3	20.767	10.179	30.946
Stufe 6	Über 180 Stunden, wenn zeitlich unkoordinierbare Betreuungsmaßnahmen und diese regelmäßig während des Tages und der Nacht zu erbringen sind oder die dauernde Anwesenheit einer Pflegeperson während des Tages und der Nacht erforderlich ist, weil die Wahrscheinlichkeit einer Eigen- oder Fremdgefährdung gegeben ist	1.171,7	7.277	4.604	11.881
Stufe 7	Über 180 Stunden, wenn keine zielgerichteten Bewegungen der vier Extremitäten mit funktioneller Umsetzung möglich sind oder ein gleich zu achtender Zustand vorliegt	1.562,1	4.928	2.549	7.477
Summe			265.842	127.916	396.817 ¹⁾

Q: Bericht des Arbeitskreises für Pflegevorsorge 2006. - ¹⁾ Erfasster Personenkreis in den sieben Pflegestufen. Darüber hinaus erhalten 1.476 Personen Leistungen aus dem Landespflegegeld (Ausgleichszahlungen o. ä.), sodass insgesamt 398.293 Personen Bundes- und Landespflegegeld beziehen. Die Abweichung zwischen der ausgewiesenen Summe der Männer und Frauen ergibt 3.059 Personen. Diese Diskrepanz kommt zustande, da 3.059 BundespflegegeldbezieherInnen nicht geschlechtsspezifisch ausgewiesen sind.

Nach Altersgruppen betrachtet zeigt sich, dass das Risiko pflegebedürftig zu sein mit zunehmendem Alter stark ansteigt. Der Anteil der PflegegeldbezieherInnen steigt dementsprechend in den älteren Kohorten an. 2006 bezogen 59% der Über-81-Jährigen in Österreich Pflegegeld. Im Vergleich dazu bezogen nur gut 9% der 61- bis 80-Jährigen Pflegegeld.

Abbildung 1: Anteil der Bundes- und LandespflegegeldbezieherInnen in den jeweiligen Altersgruppen (Stichtag 31.12.2006)



Q: Bericht des Arbeitskreises für Pflegevorsorge 2006.

In einer 10jährigen Betrachtung zeigt sich weiters, dass sich das Pflegerisiko in den einzelnen Kohorten kaum verändert hat. Interessant ist, dass sich bei den Über-81-Jährigen zwischen 1995 und 2000 ein Aufwärtstrend zeigt – welcher sich unter anderem wohl durch einen Informationseffekt erklären lässt – ab 2000 ist der Anteil der PflegegeldbezieherInnen unter den Über-81-Jährigen allerdings wieder rückläufig (mit einem neuerlichen Anstieg von 2005 auf 2006).

Übersicht 2: Anteil der Bundes- und LandespflegegeldbezieherInnen an der Gesamtbevölkerung in den jeweiligen Altersgruppen, 1995 bis 2006

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
0 bis 20	0,39	0,48	0,43	0,41	0,55	0,53	0,57	0,57	0,59	0,62	0,63	0,64
21 bis 40	0,57	0,65	0,62	0,61	0,73	0,73	0,74	0,74	0,74	0,77	0,78	0,79
41 bis 60	1,26	1,34	1,35	1,36	1,50	1,53	1,53	1,56	1,58	1,65	1,69	1,79
61 bis 80	7,55	8,11	8,31	8,58	9,45	9,58	9,44	9,37	9,11	9,23	9,19	9,41
81 +	61,97	56,87	57,83	57,67	60,19	62,07	61,00	61,13	60,36	60,35	57,71	58,87

Q: Bericht des Arbeitskreises für Pflegevorsorge 2006.

Insgesamt zeigt die Entwicklung der letzten 10 Jahre einen kontinuierlichen Anstieg der Anzahl der PflegegeldbezieherInnen. 1996 bezogen 316.080 Menschen in Österreich Pflegegeld, 2006 waren es 398.293, was einer Steigerung von rund 26% entspricht. Wie bereits weiter oben erwähnt, sind der Großteil der PflegegeldbezieherInnen Frauen, wobei Männer eine höhere Steigerungsrate als Frauen aufweisen. Dies ist erstens dadurch begründet, dass Männer ab dem Geburtsjahrgang 1930 (welche nicht am 2. Weltkrieg teilgenommen haben) bereits in das pflegebedürftige Alter kommen sowie durch die beobachtete Angleichung der Lebenserwartung zwischen Männern und Frauen.

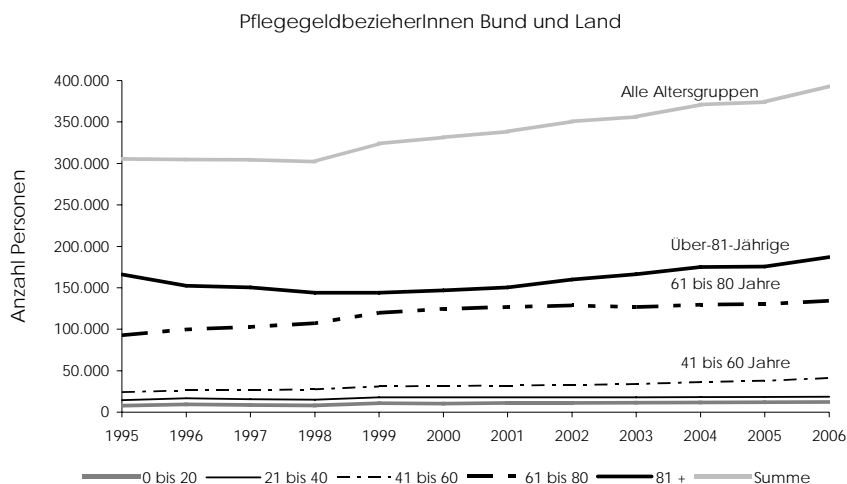
Übersicht 3: Übersicht Anzahl der BezieherInnen von Pflegegeld, 1996 bis 2006

Jahresende	Insgesamt	Anzahl BezieherInnen von	
		Bundespflegegeld	Landespflegegeld
		Insgesamt	
1996 ¹⁾	316.080	262.220	53.860
2006	398.293	337.322	60.971
		Frauen	
1996 ¹⁾	216.108	181.100	35.008
2006	262.554	226.540	36.014
		Männer	
1996 ¹⁾	99.669	81.120	18.549
2006	132.680	107.723	24.957
Veränderungsraten 1996-2006 (Bundes- und Landespflegegeld)			
Insgesamt		+ 26,0%	
Frauen		+ 21,5%	
Männer		+ 33,1%	

Q: Statistik Austria, BMSK, Bericht des Arbeitskreises für Pflegevorsorge, WIFO-Berechnungen. – ¹⁾ Die Summe aus Frauen und Männern weicht von Insgesamt ab, weil die Aufgliederung nach Geschlecht nicht für alle Bundesländer vorliegt; 1996: 303 Personen, 2006: 3.059 Personen.

In Bezug auf die Altersstrukturen zeigt Abbildung 2, dass der Gesamtanstieg in den letzten 5 Jahren vorwiegend durch den Anstieg der Über-81-Jährigen begründet ist, während in den Jahren 1996 bis 2000 der Anstieg der 61- bis 80-Jährigen maßgeblich an der Gesamtentwicklung war, was sich durch die Verschiebung der Alterskohorte ergibt.

Abbildung 2: Bundes- und LandespflegegeldbezieherInnen nach Altersgruppen, 1995 bis 2006

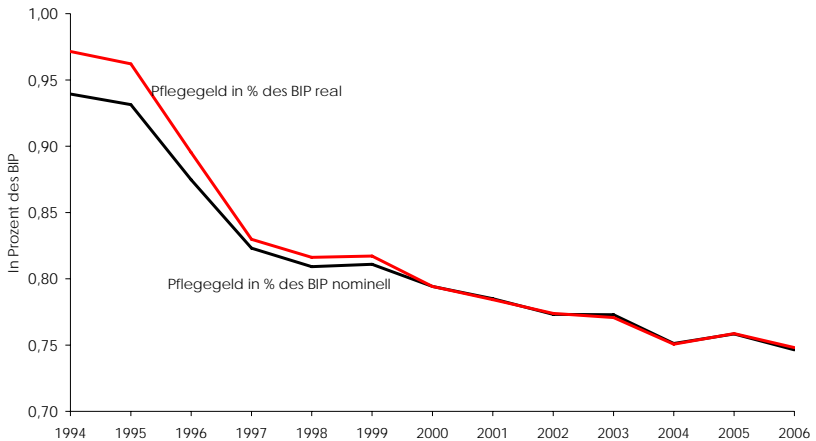


Q: Berichte des Arbeitskreises für Pflegevorsorge 1995 bis 2006.

Im Jahr 2006 wurde ein Gesamtbetrag (Bund und Länder) von rund 1,93 Mrd. Euro an Pflegebedürftige im Rahmen des Bundespflegegeldgesetzes sowie der Landespflegegeldgesetze ausbezahlt (Bundesministerium für Soziales und Konsumentenschutz, 2006). Zwischen 1994 und 2006 haben sich die Kosten für das Bundes- und Landespflegegeld um rund 21,3% erhöht (Bundesministerium für Soziales und Konsumentenschutz, 2006). Um die Nachhaltigkeit der Finanzierung der Pflegevorsorge beurteilen zu können, müssen diese Zahlen allerdings in Bezug auf die Entwicklung der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit Österreichs gesetzt werden. Gemessen am Bruttoinlandsprodukt hat

sich der Anteil des Pflegegeldes verringert (Abbildung 4). In anderen Worten hat sich die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit seit 1994 stärker entwickelt als die Ausgaben für das Pflegegeld. Ein wesentlicher Faktor hierfür ist allerdings, dass seit der Einführung des Pflegegeldes der Betrag nur drei Mal valorisiert wurde¹.

Abbildung 3: Bundes- und Landespflegegeld in Prozent des BIP, 1994 bis 2006



Q: Statistik Austria, WIFO.

Zusätzlich zum Landespflegegeld kommen die Bundesländer auch für Sachleistungen im Bereich der stationären, teilstationären und ambulanten Pflege auf. Da die Ausgestaltung der Sachleistungen sowie deren Aufwandserfassung in den neun Bundesländern unterschiedlich gehandhabt werden, ist eine lückenlose Zusammenstellung der Aufwände der Sachleistungen nicht möglich. Übersicht 4 zeigt die Geldleistungen der Pflegevorsorge sowie eine Zusammenstellung der Sachleistungen mit Einschrän-

¹ 1994 und 1995 wurde auf Basis des Bundespflegegeldgesetzes und der Landespflegegeldgesetze von 1993 valorisiert, danach erst wieder durch das Budgetbegleitgesetz 2004 (BGBl I Nr. 136/2004) um 2% (ab 1.1.2005).

kungen (siehe Kapitel o.2. zu Datenrestriktionen). Die Daten für die Sachleistungen der Bundesländer sind hier inklusive der Pflege von Behinderten und bestmöglichen Ergänzungen der Daten laut den Berichten des Arbeitskreises für Pflegevorsorge (siehe Kapitel o.2. für Details). Unter Berücksichtigung dieser Dateneinschränkungen erfasst Übersicht 4 die Geld- und Sachleistungen für die Pflegevorsorge in Österreich zwischen 1994 und 2006.

Übersicht 4: Geld- und Sachleistungen der Pflegevorsorge, Bund und Länder, 1994 bis 2006

	Insgesamt	Geldleistungen		Sachleistungen		
		Bund Bundespflege geld ³⁾	Länder Landespflege geld ³⁾	Länder ambulante Dienste ⁴⁾	Länder teilstationäre Dienste	Länder stationäre Dienste ⁵⁾
1994	2.110,38	1.340,89	246,23	123,41	23,92	375,92
1995	2.216,11	1.379,40	255,35	127,92	27,60	425,82
1996	2.344,02	1.321,56	269,26	139,11	53,71	560,38
1997	2.299,37	1.266,25	257,45	129,11	27,95	618,61
1998	2.430,97	1.299,54	257,01	147,12	32,79	694,52
1999	2.595,09	1.355,64	266,44	164,66	37,00	771,36
2000	2.693,56	1.397,57	273,32	197,41	31,56	793,69
2001	2.729,04	1.426,93	267,53	179,88	45,80	808,91
2002	2.821,94	1.433,00	274,33	181,14	64,21	869,26
2003	2.858,04	1.470,60	277,27	187,34	64,81	858,02
2004	3.073,25	1.489,30	284,60	199,54	72,94	1.026,87
2005	3.247,80	1.566,40	293,97	213,44	79,70	1.094,29
2006	3.257,38	1.621,40	303,64	237,12	89,70	1.005,52

Q: Statistik Austria, BMSK, Bericht des Arbeitskreises für Pflegevorsorge. - ¹⁾ 1995 bis 1999 Gesamtsumme ohne Sachleistungen; diese erst ab 2000 vergleichbar, Burgenland erst ab 2002 verfügbar. - ²⁾ Nettoaufwand ergibt sich aus dem Aufwand zu Vollkosten abzüglich der Einnahmen durch Kostenbeiträge, Mittel des Landesgesundheitsfonds sowie sonstiger Einnahmen. - ³⁾ Inklusive sonstiger/vorläufiger Leistungen, AuslandsbezieherInnen und Ausgleichszahlungen. - ⁴⁾ Ohne Steiermark: einnahmeseitig keine Daten vorhanden; Salzburg ab 2001 Rückgang aufgrund von Tarifänderungen. - ⁵⁾ Kärnten: Einnahmen für Psychiatrische Pflegestellen im Wert für Pflegeheime enthalten, bereinigter Wert laut BMSK. Siehe auch Kapitel A.2. zur Problematik der Daten sowie Anhänge.

Insgesamt haben sich die Aufwände für die Langzeitpflege zwischen 1994 und 2006 um 54,4% erhöht, wobei sich die Aufwände für die Sachleistungen deutlich stärker entwickelt haben als die Geldleistungen.

Übersicht 5: Veränderungsraten der Geld- und Sachleistungen, 1994 bis 2006

	Insgesamt	Geldleistungen		Sachleistungen		
		Bund Bundespfl geld	Länder Landespfl geld	Länder ambulante Dienste	Länder teilstationäre Dienste	Länder stationäre Dienste
Veränderung in Prozent						
1994 bis 2006	54,4	20,9	23,3	92,1	275,0	167,5

Q: WIFO-Berechnungen.

Die Gemeinden finanzieren einerseits einen Teil des Landespflegegeldes und andererseits einen Teil der Sachkosten der formellen Pflege. Die Erfassung der Gemeindeausgaben für Pflege ist allerdings aufgrund von Zuordnungs- und Abgrenzungsschwierigkeiten nicht möglich. Quantum (2007) hat versucht, die Finanzierungsmittel der Gemeinden für die Pflegevorsorge von Personen über 60 Jahre zu erfassen und kam zum Schluss, dass ein beträchtlicher Teil der Aufwände nicht zuordenbar bzw. abgrenzbar sind. Während 2005 326,1 Mio. Euro gemäß Umlage/Ausgleichsschlüssel von den Gemeinden an die Länder gezahlt wurden und weitere 57,8 Mio. Euro als direkt zuordenbare Gemeindeausgaben für Pflege erfasst werden konnten, stellte Quantum (2007) fest, dass 442 Mio. Euro den Pflegeausgaben nicht eindeutig zuordenbar waren (siehe Übersicht A3 im Anhang).

2.3. Die Verteilungswirkung des derzeitigen Finanzierungsmodells

Die öffentlichen Pflegeleistungen – sowohl das Pflegegeld als auch die Sachleistungen in Form der stationären Pflege und der sozialen Dienste – werden in Österreich aus dem allgemeinen Steueraufkommen finanziert. Da im Gefolge der Einführung des Pflegegeldes zum einen die Krankenversicherungsbeiträge angehoben wurden und zum anderen die Grenzen zwischen dem Gesundheits- und dem Pflegesektor sehr unscharf sind (siehe Kapitel 0.3.), muss man eher von einer Finanzierung aus dem allgemeinen Abgabenaufkommen (also Steuern und Sozialversicherungsbeiträgen) sprechen.

Die Studien (Guger et al., 1987, Guger et al., 1996) über die Umverteilungswirkungen der Staatsaktivitäten in Österreich zeigen, dass über das Abgabensystem kaum umverteilt wird². Unter Berücksichtigung der Lohnsteuer, der Sozialversicherungsbeiträge und der indirekten Steuern auf den Konsum ist die Abgabendeckung des unteren Drittels der unselbständigen Haushalte mit 36,7% des Bruttoeinkommens nur um 1 Prozentpunkt niedriger als die des obersten Drittels (37,7%). Das mittlere Drittel trägt mit 37,8% die höchste Abgabenlast.

Die Finanzierung der öffentlichen Pflegeleistungen erfolgt damit in Österreich im Großen und Ganzen proportional, d. h. alle Einkommensschichten leisten in Relation zu ihrem Einkommen in etwa den gleichen relativen Finanzierungsbeitrag. Von Seiten der Mittelaufbringung gehen damit keine Umverteilungseffekte aus, obwohl natürlich in Absolutbeträgen die Finanzierungsbeiträge mit der Einkommenshöhe steigen.

Eine erhebliche Umverteilung erfolgt aber über die Ausgabenseite. Nach den Daten der Konsumerhebung 1999/2000, in denen das Pflegegeld separat ausgewiesen wird, aber PflegegeldbezieherInnen mit rund 43% der Fälle unterrepräsentiert sind³, entfallen 17% der PflegegeldbezieherInnen in das 1. Quartil und 42% in das 2. Quartil in der Verteilung der Nettopersoneneinkommen; ohne Pflegegeldbezug würden sich aber rund 50% dieser Personen im 1. Quartil und 32% im 2. Quartil, also über 80% in der unteren Hälfte der Einkommenshierarchie, finden.

Obwohl die Pflegegeldleistung nicht „means-tested“ – also von der Einkommenssituation der Pflegebedürftigen unabhängig ist – kommt damit dem Pflegegeld für niedrige Einkommen große Bedeutung zu. Über 40% der PflegegeldbezieherInnen finden sich in der oberen Hälfte der Verteilung – ohne Pflegegeldbezug wären es

² Nach den bisher vorliegenden Ergebnissen der in Arbeit befindlichen Umverteilungsstudie ergeben sich für das Jahr 2000 sehr ähnliche Ergebnisse: Das gesamte Abgabensystem wirkt weiterhin proportional auf die Verteilung.

³ So werden in der Konsumerhebung nur Personen erfasst, die zum Zeitpunkt der Erhebung in privaten Haushalten leben und keine Personen in Anstalten erfasst.

weniger als 20%. Durch den Pflegegeldbezug wird das mittlere Nettoeinkommen der PflegegeldbezieherInnen in der unteren Hälfte der Verteilung um rund 10% erhöht, im 3. Quartil um 7 ½ % und im obersten um gut 3%.

Ein ähnliches Bild der Umverteilung ergibt sich in der Haushaltsbetrachtung: Rund 60% der Pflegegeldleistungen fließen in die Hälfte der Haushalte mit niedrigem Einkommen und rund 40% in die obere Hälfte.

Während also die Finanzierung des Pflegegeldes im Wesentlichen proportional erfolgt und daher nicht umverteilend wirkt, gehen von der Leistungsseite eindeutig egalisierend wirkende Verteilungseffekte aus. Das Pflegegeld trägt einerseits wesentlich zur Verringerung des Armutsrisikos bei und verbessert die Position der PflegegeldbezieherInnen in der Einkommenshierarchie, andererseits hat das Pflegegeld in der unteren Hälfte der Verteilung eine wesentlich größere relative Bedeutung als in den oberen Quartilen.

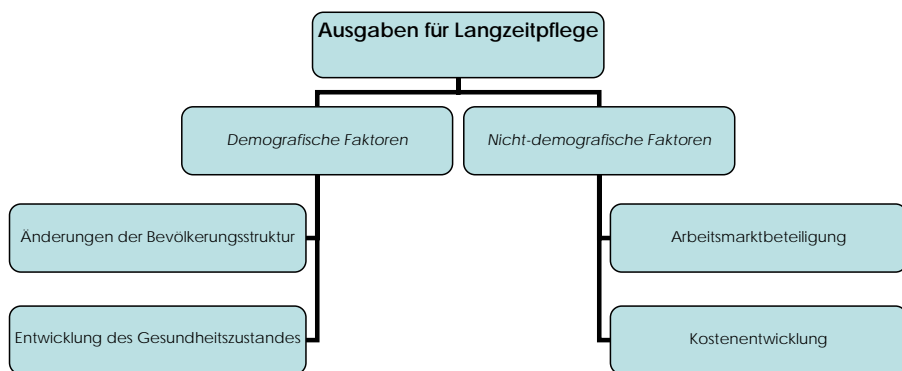
3. MITTEL- UND LANGFRISTIGE ENTWICKLUNG DER PFLEGEVORSORGE AUFGRUND DER DERZEIT GELTENDEN GESETZLICHEN BESTIMMUNGEN

3.1. Bestimmende Faktoren der Kostenentwicklung

Die Faktoren, die die Höhe der Pflegekosten sowie deren Entwicklung bestimmen, können in nachfrage- und angebotsseitige Faktoren unterteilt werden. Die Nachfrageseite wird durch die Anzahl der pflegebedürftigen Personen, die notwendige Pflegeintensität (inklusive Qualitätsansprüche), die Dauer der Pflegebedürftigkeit sowie das Ausmaß der informellen Pflege bestimmt. Auf der Angebotsseite sind die Arbeitskosten im Pflegesektor, der technologische Wandel sowie die unterschiedliche Kostenstruktur der ambulanten, teilstationären und stationären Pflege zu berücksichtigen. Das Ausmaß der informellen Pflege beeinflusst allerdings nicht nur die Nachfrage-, sondern auch die Angebotsseite.

Ein weiterer Blickwinkel für die Ausgaben der Langzeitpflege ist die Unterteilung in demografische und nicht-demografische Faktoren. Die demografischen Faktoren beziehen sich auf die Änderung der Bevölkerungsstruktur (Alter, Geschlecht, Haushaltsstruktur) und die Entwicklung des Gesundheitszustandes. In unseren Berechnungen über die mittel- und langfristigen Kostenentwicklungen unterstellen wir die aktuelle Bevölkerungsprognose (November 2007) von Statistik Austria sowie Prognosen über die Entwicklung des Gesundheitszustandes der älteren Bevölkerung (Jacobzone et al., 1999; Doblhammer – Kytir, 2001). Als nicht-demografische Faktoren gehen die Arbeitsmarktbeteiligungsrate (als Approximation für das Ausmaß der informellen Pflege) und die Kostenentwicklung im Pflegesektor ein. Im Folgenden wird die Entwicklung dieser einzelnen Faktoren im Detail beschrieben, um so die Annahmen hinter den im Kapitel 2.2. berechneten Szenarien zu begründen.

Abbildung 4: Im WIFO-Modell berücksichtigte Bestimmungsfaktoren der Ausgaben für Langzeitpflege



Q: WIFO.

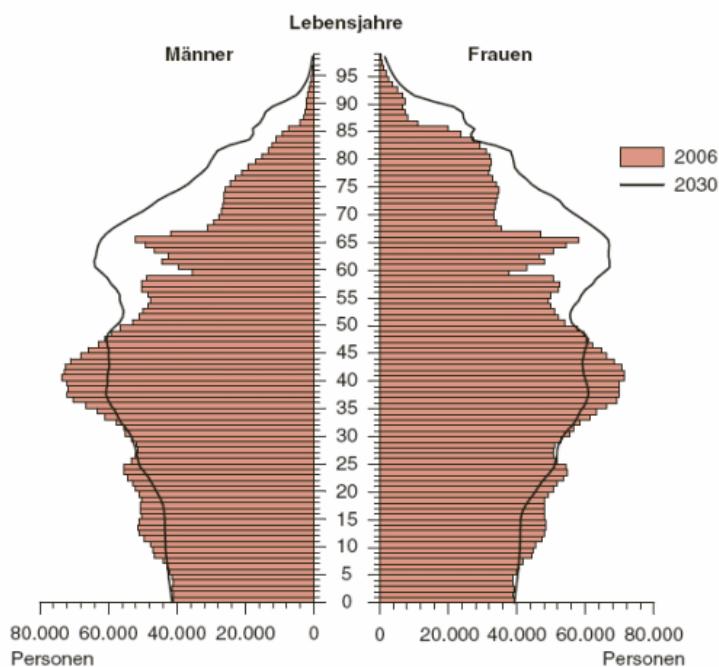
3.1.1. Demografische Faktoren

ÄNDERUNG DER BEVÖLKERUNGSSTRUKTUR

Bevölkerungsprognosen werden durch drei Variablen bestimmt: Fertilitätsraten, Migrationsströme und Sterblichkeitsraten. Um den mittel- und langfristigen Pflegebedarf bis 2030 zu eruieren, spielen (gegenwärtige und zukünftige) Fertilität und Migration eine geringe Rolle. Migration ist allerdings ein wichtiger Faktor in der Bestimmung des Arbeitskräfteangebots im Pflegesektor.

Die demografische Vorausschau von Statistik Austria zeigt, dass der Anteil älterer Menschen in der Bevölkerung zunehmen wird, was zu einem Anstieg der öffentlichen Ausgaben für Pflege führen wird. Die Bevölkerungspyramide für Österreich im Jahr 2006 im Vergleich mit dem Jahr 2030 verdeutlicht den starken Zuwachs der Bevölkerung über 50 Jahre (Abbildung 5).

Abbildung 5: Entwicklung der Bevölkerung in Österreich



Q: STATISTIK AUSTRIA. Erstellt am: 05.11.2007.

Jene Bevölkerungsgruppe mit der höchsten Wahrscheinlichkeit pflegebedürftig zu sein – nämlich jene der Über-80-Jährigen – wird bis 2030 am stärksten anwachsen. Während die Gruppe der 60- bis 79-Jährigen zwischen 2006 und 2030 um 50% und jene der Über-60-Jährigen um 55% wachsen werden, wird sich die Alterskohorte der Über-80-Jährigen im gleichen Zeitraum um 73% erhöhen. Im Vergleich dazu wird sich die Bevölkerung unter 60 Jahre um 5% reduzieren (Übersicht 6).

Übersicht 6: Stand der Bevölkerung nach Altersgruppen gemäß Bevölkerungsprognose

	2006	2020	2030	2006/2020	2006/2030
	Personen Gesamt			Veränderung in Prozent	
Unter 60Jahre	6.464.955	6.409.109	6.171.068	-0,9	-4,5
60 bis 79 Jahre	1.449.574	1.797.329	2.172.010	+24,0	+49,8
Über 60 Jahre	1.816.993	2.280.338	2.807.447	+25,5	+54,5
Über 80 Jahre	367.419	483.009	635.443	+31,5	+72,9

Q: Statistik Austria, WIFO.

Die in Kapitel 2.2. berechneten Szenarien der Kostenentwicklung des Pflegesektors berücksichtigen diese demografische Entwicklung. Als Ausgangsbasis diente die Bevölkerungsprognose von Statistik Austria vom November 2007 (mittlere Prognose).

ENTWICKLUNG DES GESUNDHEITZUSTANDES

Mit einer Erhöhung der Lebenserwartung stellt sich die Frage, in welchem Gesundheitszustand die zusätzlichen Lebensjahre verbracht werden. Hierzu gibt es verschiedene Ansätze in der Sozialmedizin (siehe Übersicht 7). Ausgehend von einem Status quo der Lebenserwartung (1), kann es zu einer Expansion der Morbidität (2) kommen, was bedeutet, dass alle zusätzlichen Lebensjahre in schlechter Gesundheit verbracht werden. Eine Rechtsverschiebung (3) bringt zum Ausdruck, dass alle gewonnenen Lebensjahre in guter Gesundheit erlebt werden. Das Szenario einer Kompression der Morbidität (4), dass ein Teil der zusätzlichen Lebensjahre in guter Gesundheit und ein anderer Teil in schlechter Gesundheit verbracht werden.

Übersicht 7: Die unterschiedlichen Annahmen über die Lebenserwartung in Gesundheit

(1) Vor einer Veränderung der Lebenserwartung

Lebensjahre in guter Gesundheit	Lebensjahre in schlechter Gesundheit
---------------------------------	--------------------------------------

(2) Expansion der Morbidität

Lebensjahre in guter Gesundheit	Lebensjahre in schlechter Gesundheit
---------------------------------	--------------------------------------

(3) Rechtsverschiebung

Lebensjahre in guter Gesundheit	Lebensjahre in schlechter Gesundheit
---------------------------------	--------------------------------------

(4) Kompression der Morbidität

Lebensjahre in guter Gesundheit	Lebensjahre in schlechter Gesundheit
---------------------------------	--------------------------------------

Q: Comas-Herrera et al. (2003, Seite168).

Studien zum Zusammenhang von Lebenserwartung und Gesundheitszustand zeigen Unterstützung für das Szenario der Kompression der Morbidität, nämlich, dass mit steigender Lebenserwartung das Risiko zu einem bestimmten Zeitpunkt ein Pflegefall zu werden, sinkt. Wird also – wie oben bereits ausgeführt – eine steigende Lebenserwartung prognostiziert, dann muss auch berücksichtigt werden, dass sich der Pflegebedarf zeitlich verschiebt. Anhand österreichischer Daten zeigen Doblhammer – Kytir (2001), dass nicht nur die Lebenserwartung, sondern auch die „gesunde“ Lebenserwartung zwischen 1978 und 1998 gestiegen ist. Das bedeutet, dass das Verhältnis der gesunden Lebensjahre zur Lebenserwartung in dieser Zeitperiode gestiegen ist. Relativ zur Lebensdauer verbringen also Menschen heute mehr Jahre in Gesundheit. Alters-bedingte Krankheit hingegen komprimiert sich zunehmend auf die letzten Lebensjahre („Kompression der Morbidität“).

Diese sozialmedizinische Erkenntnis zeigt auf, dass man bei der Projektion der zukünftigen Pflegekosten die Bevölkerungsprognosen mit einem Faktor, der dieses verbesserte Verhältnis „Lebenserwartung – gesunde Lebenserwartung“ zum Ausdruck bringt,

gewichten muss. Dementsprechend werden in Kapitel 2.2. zwei Szenarien berechnet: (1) das lower-bound Szenario, welches das Risiko, Pflegegeld zu beantragen, in den Jahren 2015 und 2030 um jeweils ein Jahr verschiebt und das (2) upper-bound Szenario, welches das Risiko, Pflegegeld zu beantragen, im Jahr 2025 um ein Jahr verschiebt.

3.1.2. Nicht-demografische Faktoren

STEIGENDE ARBEITSMARKTBETEILIGUNG VON FRAUEN

Der überwiegende Teil der Pflegeleistung in Österreich wird informell erbracht. In ca. 80% aller Langzeitpflegefälle sind nahe Angehörige die Hauptbetreuungspersonen (Badelt et al., 1997), wobei wiederum 80% dieser informellen Pflegeleistung von Frauen erbracht werden (Partnerinnen, Töchter und Schwiegertöchter). Diese Zahlen beziehen sich auf eine quantitative Erhebung aus dem Jahr 1995, neuere Daten sind nicht erhältlich. Diese Größenverhältnisse sind auch in anderen europäischen Ländern zu finden, mit einer stärkeren Tendenz zur informellen Pflege in Südeuropa aufgrund der geringen Frauenerwerbsquote (Comas-Herrera et al., 2003: 18off). Allerdings wird in den meisten europäischen Ländern ein Trend hin zu einer Verstärkung der mobilen Betreuungsangebote beobachtet, um die informelle Pflege zu entlasten (Österle – Meichenitsch, 2007).

Im Gegensatz zu pflegenden Männern sind pflegende Frauen zum Großteil noch im erwerbsfähigen Alter. Laut Badelt et al. (1997) sind mehr als die Hälfte der pflegenden Frauen zwischen 40 und 60 Jahre alt, ca. 37% sind über 60 Jahre. Dies bedeutet auch, dass ältere Menschen nicht nur Pflege empfangen, sondern auch zu einem wichtigen Teil PflegegeberInnen sind.

Dieses „Pflegepotenzial“ von Frauen kommt jedoch zunehmend unter Druck. Zum einen hat und wird sich das Verhältnis zwischen Frauen im Alter zwischen 40 und 59

Jahren und Menschen über 70 Jahre bzw. Menschen über 80 Jahre drastisch verändern. Stehen im Jahr 2006 1.183.971 Frauen zwischen 40 und 59 Jahren 949.704 Menschen über 70 Jahre sowie 367.419 über 80 Jahre gegenüber, werden im Jahr 2030 1.182.490 Frauen zwischen 40 und 59 Jahren 1.534.546 Über-70-Jährigen bzw. 635.433 Über-80-Jährigen gegenüber stehen (Übersicht 8).

Übersicht 8: Stand der Bevölkerung sowie Frauenanteil nach Altersgruppen

	2006	2020	2030
Frauen 40 bis 59	1.183.971	1.269.253	1.182.490
Personen Gesamt 70+	949.704	1.254.317	1.534.546
Personen Gesamt 80+	367.419	483.009	635.433
Verhältnis Frauen 40 bis 59 Jahre an			
... Personen Gesamt 70+	1,2	1,0	0,8
... Personen Gesamt 80+	3,2	2,6	1,9

Q: Statistik Austria, WIFO-Berechnungen.

Studien zeigen, dass familiäre Pflege- und Betreuungsverpflichtungen eine negative Auswirkung auf die (bzw. auf das Ausmaß der) Arbeitsmarktbeteiligung von Frauen haben. Andererseits hat der Arbeitsmarktstatus auch einen Einfluss auf die Pflegebereitschaft. Evandrou (1995) zeigt, dass die Beziehung zwischen Pflege und Arbeitsmarktbeteiligung von Faktoren wie der notwendigen Betreuungsintensität, der Charakteristika der betreuenden Personen und der sozialen Beziehung zwischen der pflegenden und der zu pflegenden Person beeinflusst wird.

Die Arbeitsmarktbeteiligung von Frauen hat sich in Österreich – wie auch in der gesamten EU – in den letzten Dekaden stark erhöht. Verbesserte Ausbildung von Frauen, höhere Löhne, abnehmende Diskriminierung, die Ausweitung des Dienstleistungssektors und der Teilzeitbeschäftigung⁴ sowie sich ändernde Präferenzen und Familienstrukturen

⁴ Während 1995 27,4% der beschäftigten Frauen Teilzeit gearbeitet haben, stieg dieser Wert bis 2006 auf 40,2% an. Im Jahr 2006 arbeiteten also 40,2% der beschäftigten Frauen Teilzeit.

sind in der langfristigen Betrachtung die wesentlichsten Gründe dafür (Mühlberger, 2004). Die nachhaltige Finanzierung des Sozialstaates – vor allem der Pensionen – hängt im Wesentlichen von einer Verbreiterung der Einzahlungsbasis ab, wobei die Ausweitung der Beschäftigung von Frauen (neben einer längeren Beschäftigungsdauer von älteren ArbeitnehmerInnen und Migration) eine tragende Rolle spielen muss, wie beispielsweise von der OECD oder der EU (z. B. ausgedrückt in den Lissabon Zielen) stets eingefordert.

Laut den Erwerbsprognosen von Statistik Austria werden die Erwerbsquoten von Frauen in höheren Altersgruppen stark ansteigen (Übersicht 9). Die Begründung liegt vor allem darin, dass zum einen die jüngeren Kohorten von heute im Durchschnitt eine höhere Ausbildung aufweisen als die älteren Kohorten und dadurch auch eine stärkere Anbindung an den Arbeitsmarkt haben. Diese höheren Erwerbsquoten manifestieren sich im Jahr 2020 und 2030 in den älteren Kohorten. Zum anderen werden politische Maßnahmen wie die Erhöhung des Pensionsantrittsalters von Frauen langfristig zu höheren Erwerbsquoten älterer Frauen führen.

Übersicht 9: Entwicklung der Erwerbsquoten von Frauen nach Altersgruppen

In Prozent der weiblichen Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter

	2006	2020	2030
15 bis 29 Jahre	61	62	61
30 bis 44 Jahre	79	83	84
45 bis 59 Jahre	60	66	72
45 bis 64 Jahre	48	54	60
15 bis 64 Jahre	62	65	68

Q: Statistik Austria.

Die Erhöhung der Erwerbsbeteiligung älterer Frauen sowie die demografische Verschiebungen werden dazu führen, dass sich die Struktur der Frauen am Arbeitsmarkt stark verändern wird. So wird prognostiziert, dass im Jahr 2030 9% (5%) der weiblichen Erwerbspersonen zwischen 55 und 59 Jahre (60 und 64 Jahre) sein werden (Übersicht 10).

Übersicht 10: Anteil weiblicher Erwerbspersonen nach Altersgruppen in Prozent

	2006	2020	2030
55 bis 59 Jahre	4,7	8,6	9,0
60 bis 64 Jahre	0,6	1,8	4,8

Q: Statistik Austria, WIFO.

Die Reduktion des familiären Pflegepotenzials wird sich langfristig in einer Erhöhung der Nachfrage nach Pflege ausdrücken. Obwohl es keine neueren Erhebungen zum Umfang der informellen Pflege gibt, können wir davon ausgehen, dass diese seit 1995 abgenommen hat. Badelt et al. (1997) berichten, dass 1995 ca. 80% der Pflegeleistungen informell erbracht wurden. Zwischen 1995 und 2006 hat sich die Erwerbsquote der Frauen um ca. 5 Prozentpunkte erhöht, aber auch der Anteil der Teilzeitbeschäftigung hat sich vergrößert. Darüber hinaus gibt es Anhaltspunkte, dass vermehrt illegal beschäftigtes Pflegepersonal aus den neuen EU-Ländern in Österreich tätig ist, was wiederum ein Ausdruck des Rückgangs der informellen häuslichen Pflege ist. Dies berücksichtigend, wird von einem leichten Rückgang der informellen Pflege im weiteren Familienkontext von 5 Prozentpunkten zwischen 1995 (80% informelle Pflegeleistungen) und 2006 (75%) ausgegangen.

Auf Basis des weiteren Rückgangs der informellen Pflege und der sich dadurch erhöhenden Nachfrage nach sozialen Diensten werden in Kapitel 2.2.5. zwei Szenarien berechnet, welche eine Verschiebung hin zu mehr Nachfrage nach Sachleistungen beachten. Die Erfahrungen der letzten 10 Jahre fortschreibend, wird in diesen Szenarien davon ausgegangen, dass sich der Anteil der informellen Pflege jedes Jahr um (1) 0,5 Prozentpunkte (lower-bound Szenario) bzw. um (2) 1 Prozentpunkt (upper-bound Szenario) verringert und sich die Nachfrage nach professioneller Pflege dementsprechend erhöhen wird.

ENTWICKLUNG DER KOSTEN IM PFLEGESEKTOR

Die Kostenentwicklung der Pflege ist zu einem gewichtigen Teil von der Lohnentwicklung des Pflegepersonals bestimmt. Der Rückgang der Personen im erwerbsfähigen Alter und der gleichzeitige Anstieg der Personen über 65 Jahre führt zu einer relativen Verknappung des Pflegepersonals (siehe Übersicht 8), was zu einem überdurchschnittlichen Anstieg der Einkommen von Pflegepersonal führen kann. Darüber hinaus ist hier die Baumol'sche Kostenkrankheit von Bedeutung: Die relativen Preise bzw. die Kosten der Pflege (d. h. relativ zu anderen Gütern und Dienstleistungen) steigen, da die Produktivitätssteigerungen im Pflegebereich aufgrund der Arbeitsintensität der Pflege geringer als in anderen Wirtschaftsbereichen sind (trotz der sich verbessernden Technologie im Pflegesektor). Ein weiterer Kostenanstiegsfaktor ist die Qualitätsänderung der Pflegedienste. Mit steigendem Einkommen werden Pflegebedürftige eine höhere Pflegequalität nachfragen, die mit höheren Kosten verbunden ist.

Diesen Entwicklungen wird im folgenden Kapitel der Prognoseszenarien insofern Rechnung getragen, als dass (1) ein Szenario mit einem Kostenanstieg von real – also inflationsbereinigt – 1% pro Jahr (lower-bound Szenario) sowie (2) ein Szenario mit einem Kostenanstieg von real 2% pro Jahr berechnet wird.

3.2. Prognoseszenarien

3.2.1. Modelldesign und Methoden

Die Projektionen basieren auf den oben diskutierten Annahmen bezüglich der demografischen Entwicklung, der Gesundheits- und Arbeitsmarktentwicklung sowie der Kosten für Pflege. Das erste Szenario (2.2.2.) dient als Basis für die weiteren Szenarien und berechnet die Zunahme der PflegegeldbezieherInnen sowie die Kosten für Geld- und Sachleistungen rein aufgrund der demografischen Entwicklung. Es kalkuliert die Anzahl

der Personen in den unterschiedlichen Pflegestufen auf Basis von demografischen Projektionen der altersspezifischen Pflegewahrscheinlichkeiten. Es wird also davon ausgegangen, dass die Struktur der PflegegeldbezieherInnen gleich bleibt und dass es keine Veränderungen des Risikos, Pflegegeld oder Sachleistungen zu beziehen, gibt. Darüber hinaus werden das Verhältnis zwischen Geld- und Sachleistungen, die Arbeitsmarktbeteiligung und die Kosten im Pflegebereich als konstant angenommen.

Um die Effekte von den oben diskutierten Veränderungen zu berücksichtigen, werden in der Folge weitere Szenarien berechnet, die als Bausteine für die Gesamtszenarien (siehe 2.2.5.) verstanden werden können: Die Szenarien der sich verbessernden Gesundheit (Kompression der Morbidität) (2.2.3.), welche die Effekte des sich verzögernden Risikos der Pflege berechnen, die Szenarien der Nachfragesteigerung nach formeller Pflege (2.2.4.), welche die steigende Arbeitsmarktbeteiligung von Frauen beachten, und die Kostensteigerungsszenarien (2.2.5.), die die Kostensteigerung der Sachleistungen berücksichtigen.

Die unterschiedlichen Einflussfaktoren gehen anhand von empirisch gestützten Annahmen in die Prognoseszenarien ein. Um die Sensitivität dieser Annahmen zu überprüfen wurde jeweils ein lower-bound und upper-bound Szenario berechnet, um eine Bandbreite der möglichen Finanzaufwände darzustellen.

Die Szenarien isolieren die jeweiligen Effekte, was bedeutet, dass sie die Kostensteigerungen rein aufgrund der jeweiligen Effekte erfassen. Um jedoch eine Aussage über den zu erwartenden Gesamtanstieg der Pflegekosten treffen zu können, werden die einzelnen Szenarien in einem Gesamtszenario zusammengeführt (2.2.6). Alle Zahlen beziehen sich auf reale, also inflationsbereinigte, Werte.

Die Datengrundlage der Prognoseszenarien sind für die BundespflegegeldbezieherInnen übermittelte Daten des Bundesministeriums für Soziales und Konsumentenschutz (BMSK). Diese weichen von den Angaben für 2006 von den in dieser Studie genannten Zahlen geringfügig ab. Für diese Studie wurde eine genaue Altersauflistung der BundespflegegeldbezieherInnen benötigt, die nur die vom BMSK übermittelten Daten beinhalten. Für die LandespflegegeldbezieherInnen musste aufgrund des Datenmangels eine Auflistung von groben Altersgruppen herangezogen werden, was die Prognosen für die LandespflegegeldbezieherInnen etwas unterschätzt. Als Datenausgangsbasis für die Sachleistungen der Länder für 2006 dient die in Übersicht 4 genannte Zahl (siehe Anmerkungen der Übersicht 4 für eine Datendiskussion).

Auf Basis der demografischen und nicht-demografischen Faktoren berechnen wir also folgende Szenarien, die verschiedene Faktorenkombinationen und –entwicklungen abbilden (Übersicht 11).

Übersicht 11: Mittel- und langfristige Kostenentwicklung der Langzeitpflege: zugrunde liegende Annahmen der unterschiedlichen Szenarien

Szenarien	Gesundheit	Arbeitsmarktbeteiligung	Kosteneffekte
Demografischer Effekt (C.2.2)	Konstant	Konstant	Konstant
Kompression der Morbidität (C.2.3.)	Bessere Gesundheit	Konstant	Konstant
Erhöhte Nachfrage nach formeller Pflege (C.2.4.)	Konstant	Steigende Arbeitsmarkt- beteiligung von Frauen	Konstant
Kostensteigerung der Sachleistungen (C.2.5.)	Konstant	Konstant	Steigend
Gesamtszenarien (C.2.6.)	Bessere Gesundheit	Steigende Arbeitsmarkt- beteiligung von Frauen	Steigend

Q: WIFO.

3.2.2. Basisszenario: demografische Entwicklung

Die Berechnungen rein auf Basis der demografischen Entwicklungen zeigen einen starken Anstieg der PflegegeldbezieherInnen bis 2030. In diesem Szenario werden die Struktur der PflegegeldbezieherInnen (also der Anteil der Personen in den jeweiligen Altersgruppen und Pflegestufen an der Gesamtbevölkerung) sowie die Struktur der Pflegeleistungen (formell versus informell) konstant gehalten. Darüber hinaus wird kein Kostenanstieg angenommen und der Gesundheitszustand der Bevölkerung wird als gleich bleibend vorgegeben. Aufgrund der unterschiedlichen Datenqualität von BundespflegegeldbezieherInnen (nach genauem Alter und Pflegestufen) und LandespflegegeldbezieherInnen (nach groben Altersgruppen und Pflegestufen) wurden die Berechnungen getrennt für Bundes- und Landespflegegeld durchgeführt (Übersicht 12).

Übersicht 12: Prognose der Bundes- und LandespflegegeldbezieherInnen bis 2030 – Basisszenario

Jahr	Bundespflegegeld bezieherInnen	Veränderung in % gg. Basisjahr 2006	Landespflegegeld bezieherInnen	Veränderung in % gg. Basisjahr 2006
2006	334.162		58.958	
2010	367.953	10,1	60.682	2,9
2015	402.647	20,5	63.254	7,3
2020	441.081	32,0	66.225	12,3
2025	497.243	48,8	71.754	21,7
2030	556.200	66,5	75.226	27,6

Q: WIFO-Berechnungen.

Während die Anzahl der BundespflegegeldbezieherInnen zwischen 2006 und 2030 um 66,5% ansteigen wird, ist diese Steigerungsrate für das Landespflegegeld um einiges geringer (27,6%), was zum einen durch die unterschiedliche Datengenauigkeit, aber auch durch die unterschiedliche Altersstruktur erklärbar ist, da LandespflegegeldbezieherInnen im Durchschnitt jünger sind als BundespflegegeldbezieherInnen.

Übersicht 13: Prognose des Bundes- und Landespflegegeldaufwandes in Mio. € bis 2030 Basisszenario

Jahr	Aufwand Bundespflegegeld In Mio. Euro (zu Preisen 2006)	Aufwand Landespflegegeld In Mio. Euro (zu Preisen 2006)	Summe der Aufwände In Mio. Euro (zu Preisen 2006)
2006	1.621,4	301,5	1.922,9
2010	1.785,4	310,3	2.095,6
2015	1.953,7	323,4	2.277,1
2020	2.140,2	338,6	2.478,8
2025	2.412,7	366,9	2.779,6
2030	2.698,8	384,6	3.083,4

Q: WIFO-Berechnungen.

In Bezug auf den Finanzaufwand bedeutet dies, dass der Aufwand für das Bundespflegegeld von € 1.621,4 Mio. im Jahr 2006 auf € 2.698,8 Mio. im Jahr 2030 ansteigen wird und das Landespflegegeld von € 301,5 Mio. (2006) auf € 384,6 Mio. (2030). Insgesamt wird der Finanzaufwand für das Bundes- und Landespflegegeld bis zum Jahr 2030 um ca. 60,4% steigen (von € 1.922,9 Mio. auf € 3.083,4 Mio.) (Übersicht 13).

Werden die Steigerungsraten der BundespflegegeldbezieherInnen auf die Aufwände der Sachleistungen übertragen, dann ergibt sich bei den Sachleistungen der Länder laut den vom WIFO zusammengestellten Sachausgaben der Länder (siehe Übersicht 4) eine Ausgabensteigerung von € 885,3 Mio. (von € 1.332,3 Mio. im Jahr 2006 auf € 2.217,6 Mio. im Jahr 2030) (Übersicht 14).

Übersicht 14: Prognose des Kostenanstiegs der Sachleistungen bis 2030 – Basisszenario

Jahr	Sachleistungen Länder in Mio. Euro (zu Preisen 2006)	Veränderung in Prozent (Basis 2006)
2006	1.332,3	
2010	1.467,1	10,1
2015	1.605,4	20,5
2020	1.758,6	32,0
2025	1.982,6	48,8
2030	2.217,6	66,4

Q: WIFO-Berechnungen.

3.2.3. Szenario mit steigender Gesundheit und sinkendem Pflegerisiko

Wie bereits oben diskutiert, ist das Verhältnis der gesunden Lebensjahre zur Lebenserwartung langfristig gestiegen. Anders ausgedrückt, hat sich der Anteil der Jahre in guter Gesundheit relativ zum Anteil der Jahre in schlechter Gesundheit erhöht. Die „gewonnenen“ Lebensjahre durch die gestiegene Lebenserwartung werden also zum Teil in guter Gesundheit verbracht. Diese „Kompression der Morbidität“ führt zu einer Verschiebung des Risikos pflegebedürftig zu werden. Es werden zwei Szenarien berechnet: (1) das lower-bound Szenario, welches das Risiko, Pflegegeld zu beantragen in den Jahren 2015 und 2030 um jeweils ein Jahr verschiebt und das (2) upper-bound Szenario, welches das Risiko, Pflegegeld zu beantragen im Jahr 2025 um ein Jahr verschiebt.

Die Verteilung zwischen formeller und informeller Pflege sowie die Kostenentwicklung werden in diesen Szenarien konstant gehalten. Aufgrund der unterschiedlichen Datenqualität von BundespflegegeldbezieherInnen (nach genauem Alter und Pflegestufen) und LandespflegegeldbezieherInnen (nach groben Altersgruppen und Pflegestufen), wurden die Berechnungen getrennt für Bundes- und Landespflegegeld durchgeführt (Übersicht 15).

Übersicht 15: Prognose der Bundes- und LandespflegegeldbezieherInnen bis 2030 – Szenario Bessere Gesundheit

Jahr	Bundespflegegeld bezieherInnen		Veränderung in % gg. Basisjahr 2006		Landespflegegeld bezieherInnen		Veränderung in % gg. Basisjahr 2006	
	Lower-bound Szenario (1)	Upper-bound Szenario (2)	Lower-bound Szenario (1)	Upper-bound Szenario (2)	Lower-bound Szenario (1)	Upper-bound Szenario (2)	Lower-bound Szenario (1)	Upper-bound Szenario (2)
2006	334.162	334.162			58.958	58.958		
2010	367.953	367.953	10,1	10,1	60.682	58.958	2,9	0,0
2015	384.861	402.647	15,2	20,5	60.460	60.682	2,5	2,9
2020	402.471	441.081	20,4	32,0	60.428	63.254	2,5	7,3
2025	435.226	493.752	30,2	47,8	62.805	65.760	6,5	11,5
2030	472.179	551.886	41,3	65,2	63.862	71.197	8,3	20,8

Q: WIFO-Berechnungen.

Auch unter der Annahme einer sich verbessernden Gesundheit wird die Anzahl der PflegegeldbezieherInnen ansteigen, wenn auch zu einem geringeren Umfang als im rein demografischen Basisszenario. Während die Anzahl der BundespflegegeldbezieherInnen zwischen 2006 und 2030 im lower-bound Szenario um 41,3% und im upper-bound Szenario um 65,2% ansteigen wird (Basisszenario: 66,5%), ist diese Steigerungsrate für das Landespflegegeld um einiges geringer (8,3% lower-bound Szenario und 20,8% im upper-bound Szenario) (Basisszenario: 27,6%).

Übersicht 16: Prognose des Bundes- und Landespflegegeldaufwandes in Mio. € bis 2030 – Szenario Bessere Gesundheit

Jahr	Aufwand Bundespflegegeld (zu Preisen 2006)		Aufwand Landespflegegeld (zu Preisen 2006)		Summe der Aufwände (zu Preisen 2006)	
			In Mio. €			
	Lower-bound Szenario (1)	Upper-bound Szenario (2)	Lower-bound Szenario (1)	Upper-bound Szenario (2)	Lower-bound Szenario (1)	Upper-bound Szenario (2)
2006	1.621,4	1.621,4	301,5	301,5	1.922,9	1.922,9
2010	1.785,4	1.785,4	310,3	301,5	2.095,6	2.086,8
2015	1.867,4	1.953,7	309,1	310,3	2.176,5	2.264,0
2020	1.952,8	2.140,2	309,0	323,4	2.261,8	2.463,6
2025	2.111,8	2.395,8	321,1	336,2	2.432,9	2.732,0
2030	2.291,1	2.677,8	326,5	364,1	2.617,6	3.041,9

Q: WIFO-Berechnungen.

In Bezug auf den Finanzaufwand bedeutet dies, dass der Aufwand für das Bundespflegegeld von € 1.621,4 Mio. im Jahr 2006 auf € 2.291,1 Mio. (lower-bound Szenario) bzw. € 2.677,8 Mio. (upper-bound Szenario) im Jahr 2030 ansteigen wird und das Landespflegegeld von € 301,5 Mio. (2006) auf € 326,5 Mio. (lower-bound Szenario) bzw. € 364,1 Mio. (upper-bound Szenario) im Jahr 2030. Insgesamt wird der Finanzaufwand für das Bundes- und Landespflegegeld bis zum Jahr 2030 um ca. 36% (lower-bound Szenario) bzw. 55% (upper-bound Szenario) steigen (von € 1.922,86 Mio. auf € 2.617,62 Mio. bzw. € 3.041,9 Mio.) (Übersicht 16).

Werden die Steigerungsraten der BundespflegegeldbezieherInnen auf die Aufwände der Sachleistungen übertragen, dann ergibt sich bei den Sachleistungen der Länder

laut den Angaben der Übersicht 4 eine Ausgabensteigerung von € 1.332,3 Mio. im Jahr 2006 auf €1.882,6 Mio. (lower-bound Szenario) bzw. € 2.200,4 Mio. (upper-bound Szenario) im Jahr 2030) (Übersicht 17).

Übersicht 17: Prognose des Kostenanstiegs der Sachleistungen bis 2030 Szenario Bessere Gesundheit

Jahr	Sachleistungen Länder in Mio. Euro (zu Preisen 2006)		Veränderung in Prozent (Basis 2006)	
	Lower-bound Szenario	Upper-bound Szenario	Lower-bound Szenario	Upper-bound Szenario
	(1)	(2)	(1)	(2)
2006	1.332,3	1.332,3		
2010	1.467,1	1.467,1	10,1	10,1
2015	1.534,5	1.605,4	15,2	20,5
2020	1.604,7	1.758,6	20,4	32,0
2025	1.735,3	1.968,6	30,2	47,8
2030	1.882,6	2.200,4	41,3	65,2

Q: WIFO-Berechnungen.

3.2.4. Szenario mit erhöhter Nachfrage nach formeller Pflege

Der weitere Anstieg der Erwerbsquoten von Frauen wird zu einem Rückgang der informellen Pflege führen. Dementsprechend wird sich die Nachfrage nach formeller Pflege ausweiten. Auf Basis der oben angestellten Überlegungen wird in den folgenden Szenarien davon ausgegangen, dass die informelle Pflegebetreuung um (1) 0,5 Prozentpunkte pro Jahr (lowerbound Szenario) und (2) um 1 Prozentpunkt pro Jahr (upper-bound Szenario) abnehmen wird und die Nachfrage nach formeller Pflege in diesem Ausmaß steigen wird.

In diesen Szenarien gehen wir von einer konstanten Gesundheitsstruktur aus, d.h. die Anzahl der PflegegeldbezieherInnen wird sich wie im Basisszenario – also rein aufgrund der demografischen Veränderungen – entwickeln. Zusätzlich werden die realen Kosten der Sachleistungen als gleich bleibend betrachtet.

Durch den prognostizierten Anstieg der Nachfrage nach formeller Pflege erhöhen sich die Sachleistungen der Länder stark. Auf Basis der Angaben der Übersicht 4 wird eine Ausgabensteigerung von € 1.332,3 Mio. im Jahr 2006 auf € 3.282,1 Mio. (lower-bound Szenario) bzw. € 4.346,5 Mio. im Jahr 2030 berechnet (Übersicht 18). Dies bedeutet eine Ausgabensteigerung von 146,3% bzw. 226,2%.

Übersicht 18: Prognose des Kostenanstiegs der Sachleistungen bis 2030 – Szenario mehr formelle Pflege

Jahr	Sachleistungen Länder in Mio. Euro (zu Preisen 2006)		Veränderung in Prozent (Basis 2006)	
	Lower-bound Szenario	Upper-bound Szenario	Lower-bound Szenario	Upper-bound Szenario
	(1)	(2)	(1)	(2)
2006	1.332,3	1.332,3		
2010	1.584,4	1.701,8	18,9	27,7
2015	1.894,4	2.183,3	42,2	63,9
2020	2.251,1	2.743,5	69,0	105,9
2025	2.735,9	3.489,3	105,4	161,9
2030	3.282,1	4.346,5	146,3	226,2

Q: WIFO-Berechnungen.

3.2.5. Szenario mit Kostenanstieg der Sachleistungen

In den Szenarien mit einem angenommenen Kostenanstieg der Sachleistungen wird von einer jährlichen realen (also inflationsbereinigten) Kostensteigerung von (1) 1% (lower-bound Szenario) bzw. (2) 2% (upper-bound Szenario) ausgegangen. Unter dieser Annahme steigen die Kosten für die Sachleistungen von € 1.332,3 Mio. im Jahr 2006 auf € 2.815,9 Mio. (111,4%) (lower-bound Szenario) bzw. auf € 3.567,0 Mio. (167,7%) (upper-bound Szenario) (Übersicht 19).

Übersicht 19: Prognose des Kostenanstiegs der Sachleistungen Mio. € bis 2030

Szenario Kostenanstieg

Jahr	Sachleistungen Länder in Mio. Euro (zu Preisen 2006)		Veränderung in Prozent (Basis 2006)	
	Lower-bound Szenario	Upper-bound Szenario	Lower-bound Szenario	Upper-bound Szenario
	(1)	(2)	(1)	(2)
2006	1.332,3	1.332,3		
2010	1.526,6	1.588,0	14,6	19,2
2015	1.755,8	1.918,6	31,8	44,0
2020	2.021,5	2.320,5	51,7	76,2
2025	2.395,1	2.888,2	79,8	116,8
2030	2.815,9	3.567,0	111,4	167,7

Q: WIFO-Berechnungen.

3.2.6. Gesamtszenarien

Die folgenden Szenarien führen die unterschiedlichen Faktoren, die den künftigen Finanzaufwand bestimmen, zusammen, um so den Finanzmittelbedarf für die Pflegevorsorge in Österreich bis 2030 abzuschätzen. Es werden drei unterschiedliche Gesamtszenarien berechnet: (1) ein Szenario mit den lower-bound Werten der obigen Szenarien, (2) ein Szenario mit den upper-bound Werten der obigen Szenarien und (3) ein Mittelszenario. Nochmals zusammenfassend, gehen die Gesamtszenarien von folgenden Annahmen aus:

- » Demografische Prognose: Statistik Austria (vom November 2007)
- » Kompression der Morbidität: Lower-bound Szenario: Die Wahrscheinlichkeit, Pflegegeld zu erhalten, sinkt ab 2015 und ab 2030 – mit gleitenden Übergängen um jeweils ein Jahr. Ein Erklärungsbeispiel: Hat eine Person beispielsweise im Jahr 2006 mit 70 Jahren Pflegegeld erhalten, steigt dies 2015 auf 71 Jahre und 2030 auf 72 Jahre. Upper-bound Szenario: Die Wahrscheinlichkeit, Pflegegeld zu erhalten, sinkt ab 2025 um ein Jahr. Für das Mittelszenario wurde das upper-bound Szenario verwendet.

- » Erhöhte Nachfrage nach formeller Pflege: aus den oben diskutierten Veränderungen der Frauenbeschäftigung ist eine Reduktion des familiären Pflegepotenzials anzunehmen, was die Nachfrage nach formeller Pflege erhöhen wird. Es wird davon ausgegangen, dass sich die informelle Pflegebetreuung um 0,5 Prozentpunkte (lowerbound Szenario) und 1 Prozentpunkt (upper-bound Szenario) pro Jahr abnehmen wird und die Nachfrage nach formeller Pflege dementsprechend steigen wird. Dem Mittelszenario unterliegt ein Rückgang der informellen Pflegeleistung von 0,75 Prozentpunkten pro Jahr.
- » Kostensteigerung der Sachleistungen: Die Kostensteigerungen im Pflegebereich gehen auf zwei wesentliche Faktoren zurück. Erstens wird eine relative Verknappung des Pflegepersonals (d. h. immer mehr alte Menschen pro Pflegekraft) zu höheren Löhnen im Pflegebereich führen. Zweitens wird die Produktivitätsentwicklung im Pflegebereich aufgrund der Arbeitsintensität unter der gesamtwirtschaftlichen Produktivitätsentwicklung liegen, was weiters zu einem Anstieg der (relativen) Kosten führen wird. In den folgenden Szenarien wird von einem realen (inflationsbereinigten) Kostenanstieg von 1% (lower-bound Szenario), 2% (upper-bound Szenario) und 1,5% (Mittelszenario) pro Jahr ausgegangen.

Zusätzlich zu den oben beschriebenen Annahmen werden in den Gesamtszenarien allerdings auch Struktureffekte berücksichtigt. Eine retrospektive Gegenüberstellung der tatsächlichen Entwicklung der Anzahl der BundespflegegeldbezieherInnen zwischen 1996 und 2006 und der auf Basis der Daten aus dem Jahr 1996 auf das Jahr 2006 prognostizierten Anzahl zeigt eine Steigerung von 10,4 Prozent. Wird der Anteil der BundespflegegeldbezieherInnen 1996 an der Bevölkerung 1996 mit den Bevölkerungsdaten von 2006 multipliziert, ergibt sich die durch die demografische Entwicklung erklärbare Anzahl der BundespflegegeldbezieherInnen im Jahr 2006. Diese Berechnung zeigt allerdings, dass die tatsächliche Anzahl der BundespflegegeldbezieherInnen um 10,4% höher liegt als der projektierte Wert (Übersicht 20). Diese Steigerung kann also

nicht durch demografische Effekte erklärt werden, sondern ist durch verschiedene Struktureffekte bedingt.

Übersicht 20: Prozentuelle Abweichungen der tatsächlichen Anzahl der BundespflegegeldbezieherInnen 2006 mit den projektierten Werten auf Basis der BundespflegegeldbezieherInnen 1996

Stufe	1	2	3	4	5	6	7	Gesamt
bis 10	-28,3	-43,5	54,9	-13,8	-8,8	-50,0	-63,6	8,9
11 bis 20	92,2	-48,8	12,3	12,7	-52,8	-14,5	-17,2	39,8
21 bis 30	115,8	22,1	-61,2	7,4	-9,7	-3,2	-44,4	-2,6
31 bis 40	156,6	18,4	-68,7	33,0	-16,9	-12,9	-28,1	7,9
41 bis 50	172,3	-3,5	-56,2	-5,2	-16,8	-25,2	-17,4	26,8
51 bis 60	211,2	-7,6	-51,9	-3,9	-22,7	-39,9	-5,9	40,2
61 bis 70	145,5	8,6	-59,0	17,8	-29,5	-41,4	-13,9	22,3
71 bis 80	90,2	36,5	-68,5	26,7	-31,4	-44,8	-12,6	4,6
81 bis 90	123,0	47,0	-67,9	11,0	-16,1	-50,4	-1,4	4,8
91 u. älter	315,8	51,6	-48,6	-5,3	41,5	-57,4	40,9	19,4
Gesamt	124,3	-71,7	-25,8	179,5	-10,4	16,7	92,7	10,4

Quelle: WIFO-Berechnungen.

So wurde in der Novelle zum Bundespflegegeldgesetz (BGBl I Nr. 111/98) mit Wirkung per 1.1.1999 die Bandbreite der notwendigen Pflegestunden für die Einteilung der Pflegestufen verändert (z. B. in Pflegestufe 4 waren nur noch 160 statt 180 Pflegestunden notwendig), was zu einer Erweiterung der BundespflegegeldbezieherInnen in der Pflegestufe 4 und einer Verringerung der BundespflegegeldbezieherInnen in der Pflegestufe 3 geführt hat. In der gleichen Novelle wurden die Pflegestufen 3 bis 7 präziser definiert und der anspruchsberechtigte Personenkreis erweitert (dieser wurde ebenso mit der Einbeziehungsverordnung 2001, BGBl II Nr. 481/2001, erweitert). Ein weiterer wichtiger Effekt liegt sicherlich auch an der sich stetig verbessernden Informationslage in der Bevölkerung über das Recht, Pflegegeld zu beantragen (take-up-Effekt). Dies zeigt sich auch darin, dass zwischen 2006 und 2007 ein überproportionaler Anstieg der BundespflegegeldbezieherInnen (+4,08%) registriert wurde, was vermutlich auch durch die ‚informationsschaffende‘ Mediendebatte über die Pflegevorsorge beeinflusst

war; zwischen 2005 und 2006 wurde ein Anstieg der BundespflegegeldbezieherInnen von 4,3% verzeichnet.

Die Effekte der verschiedenen Novellen zum Bundespflegegesetz werden im Gesamtszenario nicht berücksichtigt, da das Ziel dieser Studie die Prognose des Status quo ist und so etwaige zukünftige Novellen keinen Eingang finden. Allerdings wird der take-up-Effekt berücksichtigt. Dabei wird in allen drei Szenarien davon ausgegangen, dass sich die Anzahl der PflegegeldbezieherInnen bis 2015 um einen Prozentpunkt und zwischen 2015 und 2020 um einen halben Prozentpunkt aufgrund der sich verbessernden Informationslage über das Recht, Pflegegeld zu beantragen, zusätzlich erhöht.

Die Anzahl der PflegegeldebezieherInnen in den Gesamtszenarien wird sich also gemäß dem Szenario Bessere Gesundheit zuzüglich des take-up-Effekts entwickeln. Die Effekte der verstärkten Nachfrage nach formeller Pflege sowie der Kostenanstiegseffekte verändern nur den Aufwand für die Sachleistungen. Es ergeben sich folgende Gesamtprognosen für den Anstieg der Anzahl der PflegegeldbezieherInnen (Übersicht 21).

Übersicht 21: Prognose der Bundes- und LandespflegegeldbezieherInnen bis 2030
Gesamtszenario

Jahr	Bundespflegegeld bezieherInnen		Veränderung in % gg. Basisjahr 2006		Landespflegegeld bezieherInnen		Veränderung in % gg. Basisjahr 2006	
	Lower-bound Szenario (1)	Upper-bound Szenario (2)	Lower-bound Szenario (1)	Upper-bound Szenario (2)	Lower-bound Szenario (1)	Upper-bound Szenario (2)	Lower-bound Szenario (1)	Upper-bound Szenario (2)
2006	334.162	334.162			58.958	58.958		
2010	381.319	381.319	14,1	14,1	60.682	60.137	2,9	2,0
2015	401.569	419.355	20,2	25,5	60.460	62.156	2,6	5,4
2020	410.825	449.435	22,9	34,5	60.428	63.991	2,5	8,5
2025	435.226	493.752	30,2	47,8	62.805	65.760	6,5	11,5
2030	472.179	551.886	41,3	65,2	63.862	71.197	8,3	20,8

Q: WIFO-Berechnungen.

Während 2006 334.162 Personen Bundespflegegeld und 58.958 Personen Landespflegegeld bezogen, werden sich diese Werte bis 2030 um 41,3% (lower-bound Szenario) bzw. 8,3% (lower-bound Szenario) erhöhen (auf 472.179 bzw. 63.862). In den upper-bound Szenarien steigen die Bundes- und LandespflegegeldbezieherInnen um 65,2% bzw. 20,8%. Das Mittelszenario entspricht hier dem upper-bound Szenario.

Ausgedrückt in den Kostensteigerungen bis 2030 zeigt sich folgendes Bild (Übersicht 22):

Im lower-bound Szenario wird der Anstieg der Geldleistungen zwischen 2006 und 2030 rund 36% betragen, während die Kosten der Sachleistungen um ca. 109% steigen. Gemessen an den Gesamtkosten weist dieses Szenario – mit relativ moderaten Annahmen in Bezug auf den Rückgang der informellen Pflege und der realen Kostensteigerungen im Pflegesektor – eine Steigerung von 66,0% auf. Während 2006 rund 1,13% des realen BIP für die Pflegevorsorge aufgewendet wird, steigt dieser Anteil bis 2030 auf 1,25%.

Das upper-bound Szenario – mit höher quantifizierten Annahmen – weist eine Gesamtsteigerung der Pflegekosten zwischen 2006 und 2030 von rund 206,5% aus. Während die Geldausgaben um rund 58,2% steigen, erhöhen sich die Ausgaben für die Sachleistungen um rund 420,7% im gleichen Zeitraum. Gemessen am Anteil des realen BIP wird ein Anstieg von 1,13% (2006) auf 2,31% (2030) prognostiziert.

Das Mittelszenario - mit Annahmen, die quantitativ zwischen den beiden vorigen Szenarien liegen – zeigt eine Gesamtausgabensteigerung von rund 159,7%. Auch hier überwiegt der Effekt der Sachkostensteigerung mit rund 306,1% zwischen 2006 und 2030 (Geldleistungen: 58,2%). Der Anteil der Pflegekosten am realen BIP wird in diesem Szenario zwischen 2006 und 2030 von 1,13% auf 1,96% steigen.

Übersicht 22: Zusammenfassung der drei Szenarien Kosten und prozentuelle Veränderung gegenüber 2006

Jahr	Aufwand in Mio. Euro					Prozentueller Anstieg (Basis 2006)			
	Bundes- pflegegeld	Landes- pflegegeld	Bundes- und Landes- pflegegeld	Sach- leistungen	Gesamt Geld- und Sach- leistungen	Gesamt- kosten in % des realen BIP	Geld- leistungen	Sach- leistungen	Gesamt- kosten
Lower-bound Szenario									
2006	1.621,4	301,5	1.922,9	1.332,3	3.255,2	1,13			
2010	1.850,2	316,3	2.166,5	1.642,0	3.808,5	1,24	12,7	23,2	17,0
2015	1.948,5	316,7	2.265,1	1.889,3	4.154,4	1,25	17,8	41,8	27,6
2020	1.993,4	312,7	2.306,1	2.096,6	4.402,8	1,22	19,9	57,4	35,3
2025	2.111,8	321,1	2.432,9	2.394,7	4.827,6	1,22	26,5	79,7	48,3
2030	2.291,1	326,5	2.617,6	2.786,3	5.403,9	1,25	36,1	109,1	66,0
Upper-bound Szenario									
2006	1.621,4	301,5	1.922,9	1.332,3	3.255,2	1,13			
2010	1.850,2	307,5	2.157,7	1.909,0	4.066,7	1,32	12,2	43,3	24,9
2015	2.034,8	317,8	2.352,6	2.717,6	5.070,1	1,52	22,3	104,0	55,8
2020	2.180,7	327,2	2.507,9	3.688,5	6.196,4	1,71	30,4	176,8	90,4
2025	2.395,8	336,2	2.732,0	5.047,6	7.779,6	1,97	42,1	278,9	139,0
2030	2.677,8	364,0	3.041,9	6.936,9	9.978,8	2,31	58,2	420,7	206,5
Mittelszenario									
2006	1.621,4	301,5	1.922,9	1.332,3	3.255,2	1,13			
2010	1.850,2	307,5	2.157,7	1.807,3	3.965,0	1,29	12,2	35,6	21,8
2015	2.034,8	317,8	2.352,6	2.427,9	4.780,5	1,43	22,3	82,2	46,9
2020	2.180,7	327,2	2.507,9	3.134,3	5.642,2	1,56	30,4	135,2	73,3
2025	2.395,8	336,2	2.732,0	4.101,3	6.833,3	1,73	42,1	207,8	109,9
2030	2.677,8	364,0	3.041,9	5.410,3	8.452,1	1,96	58,2	306,1	159,7

Q: WFO-Berechnungen

4. PFLEGEFINANZIERUNG INTERNATIONALER VERGLEICH

4.1. Einleitung

Dieses Kapitel gibt anhand dreier Länder einen vergleichenden Überblick über verschiedene Pflegesicherungssysteme in Europa. Vorab wird ein kurzer Überblick über Ausgabenhöhe und Kostenentwicklung im Bereich der Langzeitpflege für die EU 15 gegeben. Alle Länder der EU 15 sind mit einem steigenden Pflege- und Betreuungsbedarf für ältere Menschen und damit einhergehend mit steigenden Kosten im Bereich der Langzeitpflege konfrontiert. Hinsichtlich des Versorgungsgrades für langzeitpflegebedürftige Menschen von staatlicher Seite als auch für die prognostizierten Mehrausgaben bis zum Jahr 2050 bestehen zwischen den Länder allerdings markante Unterschiede. Für die zuerst genannte Kategorie bietet die Studie „The impact of aging on public expenditure“ des Economic Policy Committee (2006) geeignete Berechnungen, da die Ausgaben für die Langzeitpflege als Anteil des Bruttoinlandproduktes pro Kopf unterschieden nach Alter und Geschlecht untersucht werden. Für alle untersuchten Länder⁵ gilt, dass die Ausgaben für Frauen wesentlich höher ausfallen als für gleichaltrige Männer sowie dass die Kosten mit steigendem Alter beträchtlich zunehmen. Das Ausgabenniveau selbst schwankt zwischen den Ländern allerdings beträchtlich. Die niedrigsten Ausgaben pro Kopf in Prozent des Bruttoinlandprodukts für die Alterskohorte 90- bis 94-Jährigen entfallen mit 20,8% für Frauen und 12,6% für Männer auf Belgien. Die entsprechenden Werte für die 80- bis 84-Jährigen sind mit 6,7% und 3,7% wesentlich geringer und nehmen in den jüngeren Kohorten weiter ab. Deutschland liegt mit 22,4% für die 90- bis 94-Jährigen – hier wurde nicht zwischen den Geschlechtern unterschieden – leicht über dem belgischen Ausgabenniveau. Die Niederlande und Dänemark sind jene beiden Länder, in denen am meisten für langzeitpflegebedürft-

⁵ Aufgrund der schwierigen Datenlage war es für einige Länder nicht möglich dementsprechende Berechnungen durchzuführen und auch für die verbleibenden Länder (Belgien, Dänemark, Deutschland, Spanien, Irland, Italien, Luxemburg, Niederlande, Finnland, Schweden und Großbritannien) musste für einige Bereiche auf Durchschnittswerte und Schätzungen zurückgegriffen werden, sodass die vorgestellten Zahlen lediglich als Näherungswerte zu verstehen sind.

tige ältere Menschen von staatlicher Seite ausgegeben wird. Die Ausgaben für eine Frau in Dänemark im Alter zwischen 90 und 94 Jahren belaufen sich auf 61,9% (für einen Mann auf 41,85%) des Bruttoinlandproduktes pro Kopf und in den Niederlanden auf 68,7% (hier liegen ebenfalls keine geschlechtsspezifischen Zahlen vor). In dieser Studie werden auch verschiedene Kostenszenarien für die Langzeitpflege der verschiedenen Länder bis zum Jahr 2050 berechnet. Die durchschnittlichen Kosten⁶ für die Langzeitpflege der EU 15 werden sich im Jahr 2050 auf 1,5% des Bruttoinlandproduktes belaufen und damit um 0,6 Prozentpunkte höher sein als im Jahr 2004. Allerdings zeigen sich starke nationale Unterschiede. In Spanien, beispielsweise, wird der Anteil am Bruttoinlandprodukt nur um 0,2 Prozentpunkte anwachsen, während in Finnland der Anteil um 1,8 Prozentpunkte steigen wird. Für Schweden und Dänemark wird ein Anstieg von 1,7 Prozentpunkten bzw. 1,1 Prozentpunkten prognostiziert. Für Deutschland und die Niederlande liegen die Prognosewerte bei einem zusätzlichen Prozentpunkt bzw. bei 0,6 Prozentpunkten des Bruttoinlandproduktes. Für die vorliegende Studie wurden die Pflegesysteme von drei europäischen Ländern genauer analysiert: Deutschland, Dänemark und die Niederlande. Diese drei Länder wurden ausgewählt, da sie unterschiedliche Systeme repräsentieren: in Deutschland wurde 1995 eine Pflegeversicherung eingeführt (Beitragsystem), in Dänemark wird die Pflege über allgemeine Steuermittel finanziert (Steuersystem) und in den Niederlanden wird die Pflegevorsorge zwar auch über Beiträge finanziert, diese Beiträge haben jedoch eine wesentlich breitere Einzahlungsbasis als nur jene der Beschäftigten, da z. B. auch vermögensbezogene Einkommen inkludiert sind. Das niederländische System, welches derzeit starke Privatisierungstendenzen aufweist, präsentiert also ein Mischsystem. Im Folgenden wird das Pflegesystem der einzelnen Länder mit besonderem Augenmerk auf die jeweilige Finanzierungsstruktur vorgestellt sowie auf die länderspezifischen Probleme, aktuellen Diskussionen und Reformen eingegangen.

6 Die hier vorgestellten Prognosewerte beziehen sich auf das AWG (Aging Working Group) – reference model, in dem verschiedene kostentreibende Faktoren der Langzeitpflege integriert werden. Die Prognosewerte liegen zwischen den Ergebnissen des constant disability scenario und dem pure aging scenario.

4.2. Deutschland

Deutschland zählt - wie auch Österreich - zu den Wohlfahrtsstaaten des konservativkontinentaleuropäischen Typs, auch „Bismarcktyp“ genannt. Die Hauptrisiken des Lebens, Krankheit, Alter, Arbeitslosigkeit und Unfall werden über die Sozialversicherung abgedeckt und aus einkommensabhängigen Beiträgen finanziert. Dem Fürsorgeprinzip, hierzu zählt vor allem die aus Steuern finanzierte Sozialhilfe, und dem Versorgungsprinzip (Sozialleistungen für Beamte und Entschädigungsleistungen) kommt zwar eine wichtige, gemessen am Gesamtumfang der vom Versicherungsprinzip geprägten Leistungen für soziale Sicherheit, aber untergeordnete Rolle zu. Das Sozialversicherungssystem in Österreich und Deutschland ähnelt sich in weiten Bereichen, dennoch unterscheiden sich die Lösungen, die für die Pflegeversorgung gefunden worden sind, erheblich. Nach einer fast zwanzig Jahre andauernden „Pflegedebatte“ in Deutschland wurde 1995 die Pflegeversicherung als fünfte Säule in der Sozialversicherung im Rahmen des 11. Sozialgesetzbuches (SGB XI) eingeführt. In Österreich wurde der Pflegebereich nicht in die bestehende Sozialversicherung integriert, sondern über Steuern finanziert.

Innerhalb der Krankenversicherung Deutschlands findet sich, dem Prinzip der Bedarfsgerechtigkeit folgend, ein solidarisches Moment, da Leistungen rein bedarfsorientiert erbracht werden und sich nicht nach der gezahlten Beitragshöhe richten (wie etwa in der Pensions- und Arbeitslosenversicherung). Das deutsche System der Pflegeversicherung ist von seiner Konzeption her darauf ausgerichtet Kostensteigerungen zu vermeiden – was, wie sich zeigen wird, nur teilweise gelang. Zu den kostendämpfenden Eigenschaften zählen: (1) Das im Gegensatz zur Krankenversicherung vorherrschende Subsidiaritätsprinzip und damit die Einbeziehung der Familie in die Pflegearbeit. (2) Die enge Begriffsdefinition von Pflegebedürftigkeit. (3) Die Deckelung der Leistungen. Die erhaltene Leistung richtet sich nicht, wie in der Krankenversicherung, nach dem Bedarf, sondern entspricht einer vordefinierten Höhe. Die deutsche Pflegeversicherung ist folglich als „Teilkaskoversicherung“ konzipiert, da kein bedarfsorientierter Leis-

tungsanspruch wie beispielsweise in den Niederlanden und in Dänemark besteht und ihr Umfang von vornherein gedeckelt ist (Skuban, 2004, Ungerson – Yeandle, 2007). Das deutsche Pflegesystem ist ob der Fragen nach seiner Finanzierbarkeit und des bestehenden Leistungsumfangs beständiger Bestandteil der öffentlichen Debatte und Kritik. Im Zuge der 2008 in Kraft tretenden Pflegereform wurden die Beiträge erhöht und die Leistungen in Teilbereichen ausgebaut, die Grundzüge des Versicherungssystems wurden aber beibehalten. Auf die genauen Änderungen der Reform wird im Abschnitt Pflegereform 2008 eingegangen.

4.2.1. Pflegesystem und Finanzierungsstruktur

Die Pflegeversicherung finanziert sich, wie auch die anderen Säulen der Sozialversicherung, aus Beiträgen. Versichert sind alle versicherungspflichtigen Mitglieder, im Wesentlichen also alle Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer sowie deren mitversicherte Angehörige. Rund 8% der Bevölkerung haben von der Möglichkeit Gebrauch gemacht, aus dem allgemeinen System hinaus zu optieren und sind privat versichert. Für die staatliche Pflegeversicherung sind Abgaben in der Höhe von 1,7% des Bruttolohns – eine Erhöhung erfolgte mit der Reform 2008 – bis zur Beitragsbemessungsgrenze (€ 3.562,5, 2006) der Krankenversicherung paritätisch von Arbeitgebern und Arbeitnehmern zu entrichten (Bundesministerium für Gesundheit (D), 2007b). Diese Beitragsparität als konstitutives Element des „Bismarck’schen“ Sozialstaates wurde insoweit durchbrochen, als die Belastung der Arbeitgeberseite durch die Streichung eines Feiertags kompensiert wurde⁷. Im Jahr 2005 wurde für kinderlose Erwachsene ein zusätzlicher Beitragssatz in der Höhe von 0,25% eingeführt.

⁷ Das Bundesland Sachsen wählte einen Sonderweg bei der Finanzierung der Pflegeversicherung. Der Buß- und Bettfeiertag wurde beibehalten und die Finanzierungslast ist alleine von den ArbeitnehmerInnen zu tragen. Eine einseitige Beitragsfinanzierung findet auch im Bereich der Unfallversicherung statt. Hier haben allein die Arbeitgeber die Finanzierung zu tragen. Diese Ausgestaltung findet sich in Deutschland wie auch in Österreich.

Im Gegensatz zu den Niederlanden und Dänemark gibt es in Deutschland einen eigenständigen, sich von Krankheit unterscheidenden Begriff der Pflegebedürftigkeit, der relativ eng gefasst wird und sich vor allem auf körperliche Beeinträchtigungen bezieht. Ausgeschlossen werden dadurch in weiten Bereichen Demenzkranke und behinderte Menschen. Die enge Begriffsdefinition spiegelt auch finanzpolitische Aspekte wieder, denn durch sie soll einem Leistungsausbau und daraus folgenden Kostensteigerungen vorgebeugt werden.

Während der ersten fünf Jahre nach Einführung der Pflegeversicherung war die Finanzierungslage stabil. Bedingt durch die beitragspflichtige, jedoch leistungsfreie Anlaufzeit von drei Monaten und dadurch, dass die Leistungsauszahlung für die stationäre Pflege erst ab Mitte 1996 erfolgte, konnten vorerst sogar Überschüsse erwirtschaftet werden. Ab 1997 begann aufgrund der zunehmenden Ausgaben eine Trendumkehr. Bereits 1999 ergab sich erstmals ein Defizit von etwa 200 Mio. Euro, welches sich in den Folgejahren weiter vergrößerte. Diese Entwicklung ist vor allem auf die Altersstruktur in Deutschland und den daraus resultierenden beständigen Anstieg der LeistungsbezieherInnen zurückzuführen. Parallel zur zunehmenden Finanzkrise in der Pflegeversicherung fand eine erhebliche monetäre Entlastung – die Nettoaussgaben waren 1997 im Vergleich zu 1994 um rund € 4 Mrd. niedriger – in den Haushalten der Sozialbeihilfe statt (Skuban, 2004, Bundesministerium für Gesundheit (D), 2007a).

Deutschland ist unter den hier untersuchten Ländern das einzige, in dem sowohl Sachleistungen wie auch Geldleistungen ein großes Gewicht einnehmen und auch eine Kombination von beidem in Anspruch genommen werden kann. Die Leistungshöhe ist abhängig von der Schwere des Pflegefalls – es gibt drei Pflegestufen – und von der gewählten Leistungsart. Für die Pflege im stationären Rahmen fallen die Unterstützungsleistungen wesentlich höher aus.

Übersicht 23: Leistungsart und Höhe je nach Pflegestufe

Leistungen bei häuslicher Pflege	Stufe I	Stufe II	Stufe III
Pflegegeld monatlich	€ 205	€ 410	€ 665
Pflegesachleistung monatlich in besonderen Härtefällen	€ 384	€ 921	€ 1.432
Leistungen bei stationärer Pflege	€ 1.023	€ 1.279	€ 1.432

Q: Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 2007a.

Die Beträge der einzelnen Pflegestufen wurden seit ihrer Einführung im Jahr 1995 bis zur Pflegereform 2008 nicht angehoben; dadurch wurden die ohnehin schon relativ niedrig angesetzten Beträge weiter entwertet und die Belastungen der privaten Haushalte erhöht. Diese Nichtanpassung der Pflegesätze war unter ständiger Kritik in der Pflegedebatte. Im Zuge der Pflegereform wurde dieser Kritik nachgegeben und die Pflegesätze erhöht (siehe Abschnitt Pflegereform 2008).

Im Vergleich zu den Niederlanden und Dänemark sind die Leistungen für Pflegebedürftige in Deutschland, selbst wenn die Leistungen aus Pflegeversicherung und Sozialhilfe zusammengezählt werden, verhältnismäßig niedrig (Stand 1998, vgl.: Skuban, 2004). Die Leistungen, die im familiären Bereich erbracht werden, nehmen ebenfalls einen viel größeren Stellenwert als in den beiden anderen hier untersuchten Ländern ein. Im Bericht Soziale Sicherung im Überblick des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales wird festgehalten, dass die Familie nach wie vor der „größte Pflegedienst der Nation“ (Bundesministerium für Arbeit und Soziales (D), 2007) sei. Von den rund 2 Mio. langzeitpflegebedürftigen Menschen in Deutschland werden etwa ein Viertel (0,68 Mio.) in Pflegeheimen versorgt, die restlichen drei Viertel zu Hause.

4.2.2. Pflegereform 2008

Mit dem Pflegeweiterentwicklungsgesetz 2007 werden die Leistungen weiter ausgebaut, ein stärkeres Gewicht auf die ambulante Pflege gelegt, die Rehabilitations- und Präventionsmaßnahmen der Pflegebedürftigen sollen Unterstützung in einem größeren Umfang erhalten und weiters soll eine bedarfsgerechtere Leistungsausgestaltung sichergestellt werden. Die aktuell erfolgte Pflegereform in Deutschland stellt zum Teil auch eine Antwort auf die geäußerten Kritikpunkte am Pflegesicherungssystem, in dem die Leistungen seit ihrer Einführung 1995 nicht mehr erhöht wurden und Demenzkranke weitgehend ausgeschlossen geblieben sind, dar. Finanziert werden die entstehenden Mehrausgaben durch Beitragserhöhungen.

Mit der Reform werden sowohl die Sachleistungsbeträge als auch das Pflegegeld stufenweise bis 2012 angehoben⁸. Ab dem Jahr 2015 sollen die Leistungen in drei Jahresrhythmen dynamisiert – d.h. im Wesentlichen an die Inflation angepasst⁹ – werden.

Demenzranke und Menschen mit geistigen Behinderungen werden erstmals in die Pflegeversicherung einbezogen, davor waren sie aufgrund des stark an körperlichen Beeinträchtigungen ausgerichteten Pflegebegriffs weitgehend davon ausgeschlossen. Der zusätzliche Leistungsbetrag für Menschen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz wurde beträchtlich angehoben, nämlich von € 460 auf € 2.400 pro Jahr.

Für die Neuerungen im Bereich der ambulanten Versorgung werden Modellansätze übernommen, die in den Niederlanden und in Dänemark schon länger Systembestandteil

8 Ambulante Pflege: Die ambulanten Sachleistungsbeträge werden in den Jahren 2008, 2010 und 2012 in der Pflegestufe 1 von derzeit 384 auf 420, 440 und 450 Euro angehoben, in der Pflegestufe 2 von 921 auf 980, 1.040 und 1100 Euro, in der Pflegestufe 3 von 1.432 auf 1.470, 1.510 und 1.550 Euro. Häusliche Pflege: Das Pflegegeld steigt in den Jahren 2008, 2010 und 2012 in der Stufe 1 von 205 auf 215, 225 und 235 Euro, in der Stufe 2 von 410 auf 420, 430 und 440 Euro, in der Stufe 3 von 665 auf 675, 685 und 700 Euro. Vollstationäre Versorgung: Die Sachleistungsbeträge der Stufen 1 und 2 bleiben bis zum Jahr 2015 unverändert. Die Leistungen der Stufe 3 steigen 2008, 2010 und 2012 von 1.432 auf 1.470, 1.510 und 1.550 Euro, in Härtefällen von 1.688 auf 1.750, 1.825 und 1.918 Euro (Bundesministerium für Gesundheit (D), 2007b).

9 In welcher Höhe die Valorisierung erfolgen soll wird nicht genau festgelegt; es wird lediglich festgehalten, dass sie nicht höher als die Bruttolohnentwicklung im entsprechenden Zeitraum sein soll.

sind: Alternative Wohnformen, wie beispielsweise betreute Wohngemeinschaften sollen gefördert werden und ermöglichen, dass Pflegebedürftige Leistungen auch gemeinsam in Anspruch nehmen können. Durch die Einrichtung quartiersbezogener Pflegestützpunkte soll ein wohnortnaher und niederschwelliger Leistungszugang ermöglicht werden. Um individuelle und bedarfsgerechte Pflege zu erleichtern, soll es für die Pflegekassen einfacher werden, Verträge mit Einzelpflegekräften abzuschließen.

Zur Finanzierung der Mehrleistungen wird der Beitragssatz ab 1. Juli 2008, um 0,25 Prozentpunkte auf 1,95% – der Kinderlosenbeitrag bleibt unverändert – angehoben¹⁰. Die Erhöhung bringt erwartete Mehreinnahmen von € 2,5 Mrd. jährlich und soll damit die Finanzierung der Pflegeversicherungsleistungen bis 2014 sicherstellen (Bundesministerium für Gesundheit (D), 2007b). Ob die daraus gewonnenen Mehreinnahmen tatsächlich ausreichend sind, gilt als umstritten.

4.2.3. Probleme und aktuelle Diskussion

Die Diskussion in Deutschland konzentriert sich vor allem auf die nachhaltige Finanzierbarkeit der Pflegeversicherung. Daraus folgen unterschiedlich weit gehende Reformansätze, die sich in zwei Hauptkategorien unterscheiden lassen: 1. Reformen innerhalb des bestehenden Systems oder 2. ein Systemausstieg. Zu den Vorschlägen innerhalb der zuletzt genannten Kategorie gehören die Zusammenlegung von Kranken- und Pflegeversicherung, der Umstieg auf eine kapitalfundierte verpflichtende Privatversicherung (Abschaffung der Umlagefinanzierung) oder die Einführung einer Bürgerpauschale. Hierbei handelt es sich um einkommensunabhängige Pauschalen, die pro Kopf gezahlt werden (Kopfprämienmodell) und die bei zu geringen Einkommen gegebenenfalls durch steuerfinanzierte Zuschüsse gestützt werden können. Zu den systemerhaltenden bzw. –ausbauenden Maßnahmen zählen die partielle Steuer-

¹⁰ Der Beitrag zur Arbeitslosenversicherung wird im Gegenzug dazu um 0,3 Prozentpunkte auf 3,9% gesenkt. Für PensionistInnen wird von der Koalition als Ausgleich eine Rentenerhöhung für 2008 in Aussicht gestellt.

finanzierung im Rahmen der Sozialversicherung, Beitragssteigerungen, ergänzende Kapitalfundierung oder ergänzende private Pflegeversicherungen. Die verschiedenen Reformvorschläge haben unterschiedliche Implikationen auf die Finanzierbarkeit, Verteilungsgerechtigkeit und Qualitätssicherung. Diskutiert wurde und wird eine breites Maßnahmenpektrum, die konkreten Umsetzungen verbleiben aber im Rahmen des bestehenden Systems (Deutscher Industrie- und Handelskammertag, 2007, Rothgang, 2006, Stiftung Marktwirtschaft, 2006).

4.3. Niederlande

Die Niederlande wie auch Dänemark weisen eine lange Tradition einer eigenständigen Regelung des Pflegesicherungssystems auf. Bereits seit 1967 besteht das Allgemeine Gesetz gegen besondere Krankheitskosten (Algemene Wet Bijzondere Ziektenkosten, AWBZ). Im Rahmen der Systematisierung der Wohlfahrtsstaaten zählen die Niederlande zu einem Mischtyp. Sie weisen sowohl Merkmale des Bismarck'schen Systems (einkommensabhängige Beitragsfinanzierung der Sozialversicherung) als auch des skandinavischen Typs (hoher Grad an Institutionalisierung, universeller Leistungszugang) auf. Sowohl das Gesundheitssystem als auch die Pflegesicherung sind von dieser Typen-Mischung geprägt. Nach langen Debatten, konzentriert um die Stichwörter „Finanzierbarkeit“, „Transparenz“ und „Wahlmöglichkeit“, wurde 2006 das Gesundheitssystem grundlegend reformiert. Die genauen Auswirkungen der Privatisierung des Versicherungsmarktes hinsichtlich Verteilungsgerechtigkeit, Qualitätssicherung und Wettbewerbssituation sind noch nicht bekannt. Am Ende dieses Abschnittes werden die Grundzüge der Reform wie auch deren Auswirkung auf die Pflegesicherung dargestellt; die zu Beginn dieses Kapitels vorgenommene Beschreibung des Pflegesicherungssystems bezieht sich allerdings auf die Zeit vor der Reform.

4.3.1. Pflegesystem und Finanzierungsstruktur

Die niederländische Pflegesicherung ist seit ihrer Gründung 1967 durch das AWBZ Teil des allgemeinen Krankenversicherungssystems Ziekenfondswet – ZFW und nicht im eigentlichen Sinn eine eigenständige Versicherung. Pflegebedürftigkeit wird sozialrechtlich nicht von „Krankheit“ unterschieden, unter diesen formalrechtlichen Gesichtspunkten entspricht sie viel mehr einer lang andauernden Krankheit.

In den Niederlanden besteht eine allgemeine Versicherungspflicht, die sowohl für das ZFW als auch für das AWBZ gilt; die Leistungsberechtigung erstreckt sich über alle Personen mit Wohnsitz in den Niederlanden. Liegt das Einkommen allerdings oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze, besteht keine Möglichkeit sich im Rahmen der AWBZ zu versichern, mit der Folge, dass ein relevanter Bevölkerungsanteil – ca. ein Drittel – privat versichert ist.

Das AWBZ wie auch die Krankenversicherung finanzieren sich aus einkommensabhängigen Beiträgen, wobei sich die Bemessungsgrundlage – vergleichbar mit der dänischen Einkommenssteuer – auf alle steuerpflichtigen Einkommensbestandteile bezieht. Im Gegensatz zu Deutschland und Österreich werden nicht nur arbeitsbezogene Einkommen als Finanzierungsgrundlage für die Krankenversicherung herangezogen, sondern auch vermögensbezogene (Zinsen, Dividenden). Diese Bemessungsgrundlage ist demnach viel breiter als in Deutschland und Österreich, die Beitragsbemessungsgrenze hingegen ist im Vergleich relativ niedrig. Eine weitere Besonderheit des niederländischen Systems liegt darin, dass ausschließlich Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen Beiträge einzahlen, insofern besteht eine Ähnlichkeit zum deutschen System. Dort hat zwar formal betrachtet die Arbeitgeberseite ebenfalls Beiträge zu entrichten, diese wurde aber real durch die Streichung eines Feiertages kompensiert. Die einseitige Beitragsfinanzierung in den Niederlanden gilt allerdings nur für die Pflegesicherung, in die allgemeine Krankenversicherung zahlen beide Seiten paritätisch ein.

Der Beginn der niederländischen Pflegesicherung in den 1970er und dem Anfang der 1980er Jahre war, wie auch in Dänemark, stark durch institutionelle Einrichtungen geprägt. Seit Mitte der 1980er Jahre findet jedoch ein bis heute andauernder Ausbau der ambulanten Pflegeeinrichtungen statt, einerseits um den individuellen Bedürfnissen nach häuslicher Pflege entgegen zu kommen und andererseits um den starken Kostendruck der stationären Pflegeeinrichtungen abzdämpfen. Der Leistungsschwerpunkt liegt auf der Bereitstellung von Sachleistungen, wobei seit Mitte der 1990er Jahre auch Geldleistungen in Form der Persönlichen Budgets (siehe nächster Abschnitt) eine zunehmende Rolle spielen. Der Leistungskatalog des AWBZ wurde zunehmend erweitert und ist bis vor der Reform 2006 sehr umfangreich geworden. Der die Altenpflege betreffenden Teil des AWBZ umfasst beispielsweise die spezielle Betreuung in geschützten Einrichtungen, Tagespflege in Tagesstätten, häusliche Pflege sowie häusliche Intensivpflege Sterbender, Rehabilitation sowie verschiedene Pflegehilfsmittel. Das Leistungsangebot für die Behindertenversorgung ist ebenfalls sehr umfassend (für eine genaue Auflistung siehe: Skuban, 2004). Insgesamt werden ca. 41% (2004) der nationalen Gesundheitsausgaben über das AWBZ finanziert.

PERSÖNLICHE BUDGETS – GELDLEISTUNGEN

Bis Mitte der 1990er Jahre war das niederländische Pflegesystem fast ausschließlich von der Bereitstellung von Sachleistungen geprägt. 1996 wurde als Folge eines als erfolgreich bewerteten Modellversuchs mit dem Ziel, das Ausmaß der Selbstbestimmung der Hilfsbedürftigen zu erhöhen, die so genannten Persönlichen Budgets Persoonsgebonden Budgets – PGB als zweckgebundene Geldleistung eingeführt. Seit Einführung der PGB gab es einen kontinuierlichen Anstieg an Leistungsbeziehern: 1999, also vier Jahre nach Einführung, waren es ca. 12.000 Personen, von da stieg die Anzahl stetig bis auf 78.315 im Jahr 2006 (Boer, 2006). Die Beziehern der Persönlichen Budgets können frei wählen, welchen der staatlich zugelassenen Leistungsanbieter sie in Anspruch nehmen wollen oder ob sie eine von ihnen

bestimmte private Person (diese Möglichkeit schließt Familienangehörige mit ein) für ihre Pflegeleistungen anstellen wollen. Der Umfang und Zweck des persönlichen Budgets richtet sich nach dem Bedarf der pflegebedürftigen Person und wird, der jeweiligen Indikation entsprechend, von einem interdisziplinären Team im Rahmen des zuständigen regionalen Indikation-Organs (RIO) festgelegt. Eine vordefinierte Obergrenze gibt es für die Budgets nicht, sodass sie gegebenenfalls eine beträchtliche Höhe erreichen können. Somit unterscheidet sich der niederländische Modellansatz vom deutschen Finanzierungsmodell, das von vornherein als „Teilkaskoversicherung“ angelegt ist und nicht - wie das niederländische - auf eine, zumindest anzustrebende angemessene und hinreichende Pflegeversorgung abzielt. Von den Geldleistungen wird insgesamt über ein Drittel (38%, 2005) für die informelle Pflege im familiären Bereich ausgegeben (Ministerium für Gesundheit, Gemeinwohl und Sport (NL), 2006). Für die Verwaltung der Budgets ist die sogenannte Sozialversicherungsbank zuständig¹¹. Durch die starke Regulierung konnte sichergestellt werden, dass die in Privataushalten beschäftigten Pflegepersonen eine verhältnismäßig starke rechtliche Stellung und Anspruch auf Sozialversicherung haben sowie Einkommen beziehen, die zumindest dem Mindestlohn entsprechen (Pijl – Ramakers, 2007). Auch wenn keine Zahlen über den illegalen Pflegemarkt vorliegen, ist davon auszugehen, dass dieser in den Niederlanden zumindest beträchtlich kleiner als in anderen europäischen Ländern ist und die bestehenden Beschäftigungsverhältnisse eine höhere Qualität aufweisen. Ähnliche Konzepte persönlicher Budgets gibt es in Großbritannien und in Schweden, in beiden Fällen seit Mitte der 1990er Jahre.

Durch den zunehmenden Ausbau des AWBZ, dieser umfasst sowohl die Sachleistungen als auch die Persönlichen Budgets, ist die Anzahl der LeistungsbezieherInnen ständig gestiegen und damit einhergehend auch die Kosten. Um weitere Kostensteigerungen im Bereich der Langzeitpflege zu vermeiden, wurden die Zugangsbestimmungen

¹¹ Diese Regelung wurde später gelockert und auf Wunsch konnte der Betrag auf das eigene Konto überweisen werden. Die Leistungsempfangende Person ist aber zur Rechnungsvorlegung verpflichtet.

zusehends verschärft: So wurde beispielsweise die informelle Pflege von Familienmitgliedern in die Anspruchsvoraussetzungen mit einbezogen. Sind Familienmitglieder vorhanden, die Pflege in einem „üblichen“ Ausmaß leisten können, reduzieren sich dadurch die Leistungen des AWBZ oder sie entfallen zur Gänze. Weiters wurden die Selbstbehalte erhöht, was zur Folge hatte, dass die Leistungen des AWBZ vor allem für Einkommensschwache zum Teil nicht mehr leistbar sind (Schreuder Goedheijt – Visser-Jansen, 2004, Pijl – Ramackers, 2007).

Nach einer sich über Jahrzehnte hinziehenden Debatten über die Reformierbarkeit des niederländischen Gesundheitssystems wurde 2006 ein Reform durchgeführt, die einen Kompromiss zwischen sozialen Grundlagen und Marktdynamik verwirklichen soll (Ministerium für Gesundheit, Gemeinwohl und Sport (NL), o.J.). Im Folgenden wird die Gesundheitsreform 2006 dargestellt und im Anschluss daran die Auswirkungen auf das Pflegesystem dargelegt.

4.3.2. Gesundheitsreform 2006

Mit der am 1.1. 2006 in Kraft getretenen Gesundheitsreform stiegen die Niederlande auf ein vollständig privatisiertes Versicherungssystem mit starker staatlicher Kontrolle um. Alle in den Niederlanden arbeitenden oder lebenden Personen müssen im Rahmen der Versicherungspflicht eine Basisversicherung bei einer der privatrechtlich organisierten Krankenversicherungen – denen Gewinnerzielung erlaubt ist – abschließen, andernfalls drohen Nach- und Strafzahlungen. Die Krankenversicherungen unterliegen einem Kontrahierungszwang, der sie verpflichtet alle Personen unabhängig von deren Alter, Geschlecht und Gesundheitszustand im Umfang der staatlich festgeschriebenen Basisversicherung unter Vertrag zu nehmen (Ministerium für Gesundheit, Gemeinwohl und Sport (NL), o.J.). Bereits vor der Reform bestand ein Risikostrukturausgleich zwischen den verschiedenen Krankenversicherungen. Mit diesem Ausgleichsmechanismus sollte die aufgrund der jeweiligen Kundenzusammensetzung unterschiedliche Risikostruktur

ausgeglichen werden. Dieser Risikoausgleich bleibt auch im Rahmen des neuen Gesundheitssystems erhalten um zu verhindern, dass Versicherungen mit einem hohen Anteil an alten oder kranken Kunden und Kundinnen schlechter gestellt sind. Die Finanzierung erfolgt über den Ausgleichsfonds, der von Arbeitgeberbeiträgen und staatlichen Zuschüssen gespeist wird (Lass, 2006).

Die niederländischen Versicherungen basieren vor und auch nach der Reform auf einem umlagefinanzierten System. Die Beiträge setzen sich seit der Reform aus zwei Bestandteilen zusammen: einem Pauschalbeitrag für die Basisversicherung – dieser lag ersten Erfahrungen folgend im Jahr 2006 zwischen € 82 und € 95 im Monat – und einem einkommensabhängigen Anteil. Dieser beträgt für alle Versicherten 6,5% des Einkommens bis zu einer Bemessungsgrundlage von € 30.015 jährlich und muss vom Arbeitgeber finanziert werden (Verband der privaten Krankenversicherung, 2006). Steuerfinanzierte Transferzahlungen an einkommensschwache Versicherte sollen die durch den Pauschalbeitrag entstehenden finanziellen Belastungen sowie deren regressive Verteilungswirkung abmildern. Die Beiträge für Kinder unter 18 Jahren werden ebenfalls von staatlicher Seite übernommen und über allgemeine Steuermittel finanziert. Für Versicherungsleistungen, die nicht über die Basisversicherung abgedeckt sind, wie beispielsweise die zahnärztliche Versorgung für Erwachsene, Brillen und Physiotherapien, müssen entsprechende Zusatzversicherungen abgeschlossen werden (Brouwer – Rutten, 2005). Die Versicherungen unterliegen in diesem Bereich keinem Kontrahierungszwang.

AUSWIRKUNGEN AUF DIE LANGZEITPFLEGE

Die Auswirkungen der Gesundheitsreform auf die Langzeitpflege sind im Vergleich zur tiefgehenden Umgestaltung der Gesundheitsversicherung verhältnismäßig gering. Die Langzeitpflege für Behinderte und alte Personen bleibt, da sie in den Niederlanden als unversicherbare Leistung eingestuft wurde, von der Umstellung auf einen privatisierten

Versicherungsmarkt ausgenommen. Dennoch gibt es Veränderungen, die die gesetzlichen Regelungen und institutionellen Zuständigkeiten zur Langzeitpflege betreffen. Parallel zum in Kraft treten der Gesundheitsreform wurde das Gesetz zur sozialen Unterstützung (Social Support Act, Wet maatschappelijke ondersteuning, Wmo) erlassen, das die Gemeinden (gemeenten) zur Bereitstellung sozialer Leistungen verpflichtet. Das Wmo, auf dessen Basis ein neues Versorgungssystem für alle EinwohnerInnen der Niederlande für die Bereiche Pflege sowie in Fällen von Langzeitpflege, Invalidität oder geriatrischen Krankheiten geschaffen wurde, ist in Zusammenhang mit der Reformierung des Gesundheitssystems zu sehen. Aufgaben, die zuvor über das AWBZ oder über das „Behindertengesetz“ (Disabled Act, WVG) geregelt waren, sollen vom Wmo übernommen werden und dabei helfen, die Regelungsvielfalt für ältere und behinderte Personen zu vereinfachen. Die Leistungsverschiebung von AWBZ zu Wmo betrifft vor allem jene Leistungen, die darauf abzielen ein eigenständiges Leben von Pflegebedürftigen zu ermöglichen, zu diesen zählen beispielsweise die Bereitstellung von Haushaltshilfen, die Anpassungen der Wohnung an behinderten- bzw. altengerechte Standards, die Bereitstellung von Rollstühlen und Ähnliches (Ministerie van Financien (NL), 2006).

Im Fall von Neuantragstellungen für derartige Leistungen müssen diese bei den entsprechenden Care Assessment Centre (CIZ, Centrum Indicatiestelling Zorg) beantragt werden. Leistungen aus dem Wmo stellen keine Versicherungsleistung – es muss auch keine private Zusatzversicherung dafür abgeschlossen werden –, sondern eine Fürsorgeleistung dar, ob Leistungen gewährt werden, obliegt der Maßgabe der CIZ. Deren Bewilligung erfolgt, so ersichtlicher Bedarf besteht und die Hilfestellung über Familie und aus dem privaten Bereich nicht gegeben ist bzw. eine Überforderung für diese darstellen würde. Selbstbehalte sind in einigen Fällen (im Fall von Amsterdam beispielsweise für Haushaltshilfen (Household assistance)) in Abhängigkeit von Einkommen und Umfang der benötigten Leistungen bis zu einer Höchstgrenze vorgesehen (Municipality of Amsterdam, o.J.). Im Rahmen des AWBZ verbleiben Pflegeheime, Spitalsaufenthalte und die ambulante medizinische Versorgung. Ein bedeutender Unterschied zwischen

dem Leistungsbezug aus AWBZ und Wmo liegt darin, dass bei ersterem – als Teil der Sozialversicherung – ein rechtlicher Anspruch bestand (Ministerium für Gesundheit, Gemeinwohl und Sport (NL), 2004), der mit der neuen Regelung über das Wmo entfällt, allerdings kann gegebenenfalls Einspruch gegen die Entscheidung der CIZ erhoben werden. In welchem Umfang und mit welchen qualitativen Veränderungen diese Verschiebung zwischen Wmo und AWBZ verbunden ist, lässt sich aber zum derzeitigen Zeitpunkt noch nicht abschätzen.

4.3.3. Diskussion und Probleme

Die Schwierigkeiten des Niederländischen Pflegesystems konzentrieren sich zum einen auf bestehende Versorgungsschwierigkeiten: Im ambulanten und stationären Pflegebereich bestehen lange Wartelisten, auch wenn in den letzten Jahren Verbesserungen in diesem Bereich erzielt werden konnten (Boer, 2006). Weiters ist das niederländische System von Personalknappheit geprägt, wobei befürchtet wird, dass dieser Mangel mit steigendem Pflegebedarf weiter zunehmen wird. Selbst vorsichtigen Prognosen zufolge wird der Personalaufwand im Pflegebereich bzw. im AWBZ-Sektor von 309.000 Vollzeitbeschäftigten im Jahr 2003 auf mehr als das Doppelte (625.000) im Jahr 2020 steigen. Das Arbeitskräftepotenzial nimmt im selben Zeitraum hingegen kaum zu. Der Anteil der Erwerbsbevölkerung, die im Rahmen des AWBZ beschäftigt ist, würde diesen Berechnungen folgend von 5,6% im Jahr 2003 auf 11,6% knappe zwanzig Jahre später steigen (Ministerium für Gesundheit, Gemeinwohl und Sport (NL), 2004). Die Lösungsansätze um den drohenden Personalmangel zu entgegnen bewegen sich zwischen Vorschlägen, die Anreizwirkung in diesem Bereich zu arbeiten zu erhöhen, indem Arbeits-, Ausbildungs- sowie Bezahlungsbedingungen verbessert werden, bzw. den steigenden Bedarf durch Arbeitsmigration abzudecken. In Bezug auf die persönlichen Budgets wird beklagt, dass trotz zehnjährigen Bestehens der Informationsgrad über die Existenz dieser Leistungsmöglichkeit unter den Pflegebedürftigen immer noch unzureichend ist (Boer, 2006). Aufgrund der Erhöhung der Selbstbehalte und

Leistungskürzungen im Rahmen des AWBZ wird befürchtet, dass der Pflegeaufwand im informellen Bereich und damit die Belastungen – vor allem für die Frauen – im Rahmen der familiären Versorgung zunehmen wird (Schreuder Goedheijt – Visser-Jansen, 2004, Pijl – Ramackers, 2007). Die Autoren Tjadens et al. (2005) setzen sich in ihrer Studie mit einem Ländervergleich der Langzeitpflege auseinander und schließen daraus für die Niederlande, dass, nicht zuletzt aufgrund der soeben angesprochenen zunehmenden Belastungen im Rahmen der informellen Pflege und des bestehenden Personalmangels, mit der Herausbildung eines illegalen Pflegemarktes zu rechnen ist: The most important lesson for the Netherlands therefore seems to be not so much whether an illegal supply for care labour provision will emerge, but rather when and how much (Tjadens et al., 2005).

4.4. Dänemark

Das Pflegesystem in Dänemark ist Teil des allgemeinen Gesundheitswesens und lässt sich nicht unabhängig von diesem analysieren. Dänemark gehört zu den Wohlfahrtsstaaten des skandinavischen Typs, der durch allgemeine Steuerfinanzierung und universale Leistungen – die Leistungen sollen allen Bürgern und Bürgerinnen kostenfrei und im gleichen Umfang zur Verfügung stehen – charakterisiert ist. Die Merkmale, die für das Sozialsystem insgesamt prägend sind, finden sich auch im Gesundheitssystem und ebenso in der Pflegeversorgung wieder. Pflegerische Dienstleistungen werden nach Bedarf und unabhängig von geleisteten finanziellen Beiträgen gewährt. Insgesamt hat das dänische Wohlfahrtssystem eine stärker umverteilende Wirkung als beitragsfinanzierte oder konservativ-korporatistische Systeme.

4.4.1. Pflegesystem und Finanzierungsstruktur

Eine formale Begriffsdefinition der Pflege wie in Deutschland ist in Dänemark nicht notwendig, da die Pflegeleistungen im Rahmen des Gesundheitssystems erbracht werden. Für die Pflegeversorgung relevante Grundlagen bilden das Sozialfürsorgegesetz, das Gesetz der häuslichen Krankenpflege sowie das Gesetz über Wohnen für Ältere und Behinderte (Skuban, 2004).

In Bezug auf die Finanzierung unterscheidet sich Dänemark wesentlich von allen anderen hier beschriebenen Ländern. Die Finanzierung der Sozialausgaben und auch des allgemeinen Gesundheitssystems beruht auf Steuern. Fast die gesamte Abgabensumme – diese setzt sich aus Steuern und Beiträgen zusammen – entfällt in Dänemark auf direkte und zu einem geringeren Anteil auf indirekte Steuern. Der extrem niedrige Anteil an Sozialbeiträgen¹² stellt unter den Ländern der EU 15 einen Sonderfall dar. Die indirekten Steuern belaufen sich hingegen in etwa auf ein Drittel der Abgaben und entsprechen damit dem Durchschnitt der EU 15; auch der Anteil der Mehrwertsteuer, als wichtigste unter den indirekten Steuern, ist mit jenem von Österreich oder den Niederlanden vergleichbar. Den Einnahmenausgleich zu dem niedrigen Beitragsanteil stellen somit die direkten Steuern dar, die mit rund 65% am Abgabenaufkommen verhältnismäßig hoch sind.

Im Pflegebereich stammt der überwiegende Finanzierungsanteil aus kommunalen Steuern und in geringerem Ausmaß aus zentralstaatlichen Zuschüssen an die Gemeinden. Dänemark ist ein Einheitsstaat mit stark dezentralisierter Verwaltung; vor allem den Gemeinden kommt, neben den Regionen, für den gesamten Gesundheitsbereich - und damit auch für die Langzeitpflege - eine bedeutende Rolle zu. Sie sind seit der Verwal-

¹² Die Höhe der Sozialbeiträge unterscheidet sich je nachdem welche Definition dazu herangezogen wird, ist aber in beiden Fällen weit unter dem EU-15-Durchschnitt. Nach den Daten des ESVG 95 belaufen sie sich – inklusive der unterstellten Sozialbeiträge – auf 1,9% des BIP im Jahr 2005, nach der weiter gefassten Definition von ESSOSS betragen sie 9,9% (2005).

tungsreform Anfang der 1970er Jahre für die Erstellung der Leistungen im Gesundheits- und Pflegebereich selbst verantwortlich und in Folge dieser Autonomie auch für deren Finanzierung. Jedes Jahr wird zwischen Regierung, Regionalrat und Gemeinderat festgelegt, welche Höhe die zu entrichtenden Steuern maximal erreichen dürfen (Ministry of the Interior and Health, o.J.). Die Gesamtbelastung einer steuerzahlenden Person darf allerdings nicht mehr als 59% des Einkommens ausmachen. Die Einkommenssteuer ist auf alle, inklusive vermögensbezogener, Einkommensarten zu entrichten. Die Gemeinden können die Höhe ihrer eigenen Steuern und damit einhergehend ihr Leistungsangebot, das zumindest den zentralstaatlich vorgeschriebenen Qualitätsvorgaben entsprechen muss, selbst festlegen. Diese hohe Gemeindeautonomie hat zu erheblichen Unterschieden im Leistungsangebot zwischen den Gemeinden geführt.

Einkommensabhängige Eigenleistungen spielen auch im Bereich der Pflege eine gewisse Rolle, hierbei vor allem bei der vorübergehenden häuslichen Pflege. Dänemark ist, vor allem im Vergleich zu Deutschland, durch einen stark institutionalisierten Pflegebereich charakterisiert. Die informelle Pflege durch familiäre Angehörige spielt zwar auch in Dänemark eine wichtige, im internationalen Vergleich aber untergeordnete, Rolle.

Der Großteil der Leistungen wird als Sachleistungen gewährt, Geldleistungen bilden die Ausnahme. In den 1970er und 80er Jahren dominierten, ähnlich wie in den Niederlanden, die stationären Pflegeeinrichtungen, ab Mitte der 1980er Jahre begann eine verstärkte Orientierung auf die mobile und ambulante Pflege sowie alternative Wohnformen. Die Errichtung von neuen stationären Einrichtungen wurde eingestellt und bestehende wurden zum Teil abgebaut. Dies führt längerfristig allerdings zu langen Wartezeiten für die stationäre Betreuung (Ministry of the Interior and Health, Ministry of Social Affairs (DK), 2005). Der Leistungskatalog für die häusliche Pflege, der im Wesentlichen von den Gemeinden finanziert wird, ist sehr umfangreich und umfasst Hilfestellungen bei Hausarbeit und Haushaltsführung, bei einfacher medizinischer Versorgung und Pflege sowie auch die Bereitstellung von Besuchsdiensten sowie Kontaktpersonen.

In der Regel werden diese Dienste von Gemeindebediensteten bzw. gemeindeeigenen Einrichtungen erbracht. Seit den 1990er Jahren spielen auch zunehmend private Dienstleister eine bedeutende Rolle, da die zu Pflegenden freie Wahlmöglichkeit zwischen den verschiedenen Anbietern haben. Die Langzeitpflege kann in diesem Bereich von den Pflegebedürftigen kostenlos bezogen werden, für die kurzfristige Pflege sind Selbstbehalte zu entrichten. Auch die teilstationäre Pflege bietet eine Alternative zu den überlasteten stationären Einrichtungen und wird meist in Form von Tageszentren angeboten. Im Gegensatz zu den übrigen staatlich dominierten Pflegebereichen sind diese zu ca. einem Viertel privat oder gemeinnützig organisiert. Im Jahr 2006 waren in Dänemark 718.000 Personen über 66 Jahren alt, von diesen erhielten 174.000 Heimhilfe und 65.500 Personen lebten in betreuten Wohneinrichtungen, geschützten Heimen oder Pflegeheimen (Statistics Denmark, 2007).

Die öffentlichen Ausgaben für Gesundheit und Langzeitpflege, die sowohl Ausgaben für Behinderten als auch für Altenpflege umfassen, belaufen sich im Jahre 2003 auf 8,3% des BIP. Der Ausgabenanstieg in den letzten zehn Jahren wird vor allem auf die demografischen Entwicklungen zurückgeführt. Wie auch die anderen europäischen Länder sieht sich Dänemark einer zunehmenden Alterung der Gesellschaft gegenüber. Die geschätzte Kostensteigerung für Gesundheit und Langzeitpflege wird mit einer Erhöhung von 2,7% des BIP bis zum Jahr 2050 angeführt (Ministry of the Interior and Health, Ministry of Social Affairs (DK), 2005).

4.4.2. Probleme und aktuelle Diskussionen

Die aktuellste Reform, von der das System der Langzeitpflege, wenn auch nur im geringen Ausmaß, betroffen war, ist die Verwaltungsreform 2007. Im Zuge der Umstrukturierung des öffentlichen Sektors mit dem Ziel die Verwaltungsstruktur zu vereinfachen und damit effizienter zu gestalten, wurden die bis dahin bestehenden 14 Landeskreise aufgelöst und durch fünf Regionen ersetzt sowie die Anzahl der Gemeinden von 273 auf 99 reduziert und dadurch vergrößert. Den Regionen wird aufverwaltungstechnischer Ebene ein weites Aufgabenfeld eingeräumt, so obliegt ihnen im Gesundheits- und Krankenhauswesen eine planende und koordinierende Funktion, eine Steuerhoheit besitzen sie hingegen – im Gegensatz zu den davor bestehenden Landeskreisen – nicht. Die Steuerhoheit auf Gemeindeebene wird in Folge weiter ausgebaut sowie auch deren kommunale Selbstverwaltung und damit einhergehend deren Zuständigkeiten im Bereich des Gesundheits- und Pflegesystems. Ob sich durch diese Umstrukturierungen die Angebots- und Qualitätsunterschiede zwischen den Regionen weiter verstärken werden, ist noch nicht absehbar. Interessant ist, dass die aktuelle Debatte um die Langzeitpflege in der öffentlichen Diskussion, zumindest derzeit, keinen vergleichbaren Stellenwert wie in Deutschland und Österreich oder auch den Niederlanden einnimmt.

Übersicht 24: Internationaler Vergleich der Pflegesicherung

	Österreich	Deutschland	Dänemark	Niederlande
seit wann	seit 1993 "Bundespfllegegesetz"	seit 1995, 5. Säule in der Sozialversicherung, "Gesetz zur sozialen Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit", "Pflegeteilerweiterungsgesetz 2007"	seit Anfang der 1970er Jahre; Sozialfürsorgegesetz, "Gesetz über Wohnungen für Ältere und Behinderte"	seit den 1960er Jahren: 1967 "Allgemeines Gesetz gegen besondere Krankheitskosten" (AWBZ), 2007 "Social Support Act"
Finanzierung	allgemeine Steuermittel (Bund und Länder)	Sozialversicherungsbeiträge (Bismarck'sches System), 1,7% (1,95% ab 2008) des Einkommens, seit 2005 erhöhter Satz (0,25%) für kinderlose Personen	kommunale Steuern (EKSt) und staatliche Zuschüsse	Beiträge (auf alle steuerpflichtigen Einkommensarten)
Geldleistungen/ Sachleistungen	Sachleistungen, seit 1993 ungebundene Geldleistungen	Geld und Sachleistung, als auch eine Kombination von beiden	Schwerpunkt auf Sachleistungen; Geldleistungen nur in Ausnahmefällen	Sachleistungen und seit 1996 zweckgebundenen Geldleistungen (Persönliche Budgets)
Leistungsumfang	abhängig von der Pflegestufe (1 – 7), gedeckelt	Pflegestufe (1 – 3) gedeckelt ¹³⁾ , Geldleistungen bis zur Reform 2008 nicht angepasst (-> reale Entwertung)	sehr umfassende staatliche Leistungen	Höhe richtet sich nach Bedarf; keine Obergrenze (Indikationsprüfung)
Anspruchsberechtigung	Wohnort in Österreich und bei gegebener Pflegebedürftigkeit	alle versicherungspflichtigen Mitglieder und Mitversicherte, ca. 8% sind privat versichert (opting out)	Wohnort in DK und bei gegebener Pflegebedürftigkeit	Wohnort in den NL und bei gegebener Pflegebedürftigkeit
Stationäre-/ Mobile-Pflege	beides	beides	ab 1987 verstärkte Orientierung an der mobilen Pflege, starker Abbau der stationären Einrichtungen	Schwerpunkt auf stationäre Pflege, ab 1990er verstärkte Orientierung an der mobilen Pflege
Probleme	Finanzierung informeller/illegaler Pflegemarkt	Finanzierung, geringer Leistungsumfang, bis zur Reform 2008 fehlende Versorgung Demenzkranker	Finanzierung, lange Wartezeiten im stationären Bereich, Personalknappheit im Pflegebereich	Finanzierung, lange Wartezeiten, Personalknappheit im Pflegebereich

Q: WIFO.

13 Die jeweilige Pflegestufe wird in Abhängigkeit von der Schwere des Pflegefalls zugeteilt. Die erhaltene Leistung ist, dem Konzept der „Teilkaskoversicherung“ folgend, gedeckelt und entspricht nicht dem vollständigen Bedarf der pflegebedürftigen Person. Insofern besteht hinsichtlich des Leistungsumfanges ein bedeutender Unterschied zu den Niederlanden und Dänemark.

5. SCHLUSSFOLGERUNGEN

Ziel dieser Studie war es, eine Bestandsaufnahme und eine Prognose der Kostenentwicklung der Langzeitpflege in Österreich zu präsentieren. Aufgrund der eingangs diskutierten Datenproblematik müssen die Ergebnisse der Studie unter den Prämissen der zugrunde liegenden Datenrestriktionen im Sachleistungsbereich gesehen werden. Darüber hinaus wurde darauf verwiesen, dass aufgrund der Nahtstellenproblematik zwischen dem Gesundheits- und dem Pflegesystem letzteres nicht eindeutig abgrenzbar ist und sicherlich Teile der Pflegekosten im enger definierten Gesundheitssystem beinhaltet sind.

In Österreich wurde das (steuerfinanzierte) Pflegegeld 1993 eingeführt. Im Jahr 2006 wurde an knapp 400.000 Personen in Österreich Pflegegeld ausbezahlt. Seit 1994 wurde ein Anstieg von rund 25% verzeichnet. Zusätzlich zu den Geldleistungen werden von den Bundesländern und den Gemeinden Sachleistungen (Pflegeheime, soziale Dienste) für die Pflegevorsorge zur Verfügung gestellt. Das gesamte Ausgabenvolumen (Geld- und Sachleistungen) betrug 2006 rund 3,3 Mrd. Euro, allerdings sei hier nochmals auf die Datenproblematik hingewiesen. Zwischen 1994 und 2006 haben sich die Aufwände für die Langzeitpflege in Österreich um rund 50% erhöht.

Eine Analyse der Verteilungswirkung des Pflegesystems in Österreich zeigt, dass die Finanzierung des Pflegegeldes im Wesentlichen proportional erfolgt und daher nicht umverteilend wirkt, allerdings gehen von der Leistungsseite eindeutig egalisierend wirkende Verteilungseffekte aus.

Die Finanzierung der Pflegevorsorge gerät zunehmend unter Druck. Einerseits zeigt die demografische Entwicklung eine fortschreitende Alterung der Gesellschaft und andererseits wird das Pflegepotenzial der Familie durch den gesellschaftlichen Wandel reduziert werden. Auf Basis von unterschiedlichen Annahmen über das Ausmaß

dieser Effekte wurden in dieser Studie Prognosemodelle berechnet, die die Wirkung dieser Effekte isoliert betrachten, aber auch Gesamtszenarien, die das Zusammenspiel der unterschiedlichen Effekte quantifizieren. Die drei Gesamtszenarien gehen von (1) moderaten, (2) hohen und (3) mittelstarken Effekten der Annahmen aus. Summa summarum zeigt sich zwischen 2006 und 2030 eine Kostensteigerung des österreichischen Pflegesystems zwischen (1) 66% und (2) 207%. Das mittlere Szenario weist einen Kostenanstieg von rund 160% aus. Gemessen am Anteil des realen BIP werden die Kosten des Pflegesystems in allen drei Varianten steigen.

Der letzte Teil der Studie gibt einen Überblick über verschiedene Pflegesysteme in Europa. Alle Länder der EU 15 sehen sich in den folgenden Jahrzehnten aufgrund der demografischen Verschiebungen mit steigenden Kosten im Bereich der Langzeitpflege konfrontiert. Die vorliegende Studie analysiert die Pflegemodelle Deutschlands, der Niederlande und Dänemarks genauer. Die Finanzierungsmodelle sowie die Versorgungsaufteilung zwischen Staat, Markt und Familie sind in den in dieser Studie untersuchten Ländern unterschiedlich organisiert. Deutschland hat die Pflegesicherung in das bestehende System der Sozialversicherung als eigenständige Versicherungssäule, die dem Subsidiaritätsprinzip unterliegt, integriert (beitragsfinanziert). Die Niederlande finanzieren ihr umfangreiches bedarfsorientiertes System der Langzeitpflege ebenfalls über Beiträge, allerdings werden diese im Gegensatz zu Deutschland auf alle steuerpflichtigen Einkommensarten erhoben. Die Finanzierungsbasis in Dänemark erfolgt zum Großteil über kommunale Einkommenssteuern sowie über steuerfinanzierte staatliche Zuschüsse. Neben den Finanzierungsschwierigkeiten aufgrund des steigenden Bedarfs mit dem – wenn auch in unterschiedlichen Ausmaß – alle Länder konfrontiert sind, bestehen ebenfalls prognostizierte Engpässe im Bereich des Pflegepersonals. Die Versorgung langzeitpflegebedürftiger Menschen über den halblegalen oder illegalen Pflegemarkt spielt vor allem in Deutschland und Österreich eine bedeutende Rolle, aber weniger in Dänemark und den Niederlanden, da in diesen Ländern die staatliche Versorgung wesentlich umfassender ist. Deutschland hat im

Zuge des Pflegeweiterentwicklungsgesetzes 2007 die Beiträge erhöht um die Finanzierung zumindest bis zum Jahr 2014 zu sichern. In den Niederlanden wurde versucht, diesem Kostendruck - neben der verstärkten Orientierung auf mobile Pflegeleistungen und Präventivmaßnahmen - durch Leistungskürzungen zu begegnen. Dabei gilt es zu berücksichtigen, dass die Niederlande zu den Ländern mit den höchsten Ausgaben pro Kopf als Anteil des Bruttoinlandproduktes zählen.

Im internationalen Vergleich lassen sich hinsichtlich der staatlichen Versorgungsleistungen im Bereich der Langzeitpflege zwei Trends feststellen: 1) In den meisten Ländern dominierten am Beginn der Herausbildung eigenständiger Pflegesicherungssysteme Sachleistungen, die je nach Land in unterschiedlichem Ausmaß um Geldleistungen ergänzt werden. In Deutschland erfolgte die Versorgung älterer langzeitpflegebedürftiger Menschen vor dem Einbezug der Pflegeversicherung in die Sozialversicherung über Sachleistungen im Rahmen der Krankenversicherung. 2) Es zeigt sich eine Trendverschiebung von der stationären hin zur mobilen bzw. ambulanten Pflege. In Dänemark und in den Niederlanden erfolgte diese Schwerpunktverschiebung bereits Mitte der 1980er Jahre. Diese Umorientierung ist zweifach motiviert: Erstens ist die ambulante Pflegeversorgung in Fällen, die keine vollstationären Betreuung benötigen, meistens kostengünstiger als die stationäre und zweitens ist sie besser dazu geeignet ein Leben der Pflegebedürftigen in Unabhängigkeit zu ermöglichen. Für Österreich ergeben sich verschiedene Alternativen, wobei eine Orientierung an dem deutschen Modell aufgrund der ohnehin schon hohen Belastung des Faktors Arbeit mit Skepsis zu betrachten wäre. Die Niederlande und Dänemark bieten aufgrund ihrer langen Tradition der Langzeitpflege viele unterschiedliche Modelle der mobilen, ambulanten und teilstationären Versorgung, die auch für Österreich überlegenswert sein könnten.

6. LITERATURVERZEICHNIS

- » Badelt, C., Holzmann-Jenkins, A., Matul, C., Österle, A., Analyse der Auswirkungen des Pflegevorsorgesystems, Forschungsbericht im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales, Wien, 1997.
- » Boer, Report on the Elderly, Changes in the lives and living situation of elderly persons in the Netherlands, Hague, 2006.
- » Brouwer, W., Rutten, F., Die Gesundheitsreform in Holland, Änderungen in Holland – kann Deutschland daraus lernen?, 2005.
- » Bundesministerium für Arbeit u. Soziales (D), http://www.bmas.de/portal/10118/soziale_sicherung_im_ueber_blick.html, http://www.bmg.bund.de/nn_600110/DE/Themenschwerpunkte/Pflegeversicherung/pflegereformdownload,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/pflegereform-download.pdf (Stand 15.1.2008)
- » Bundesministerium für Arbeit und Soziales (D), Soziale Sicherung im Überblick, 2007
- » Bundesministerium für Arbeit und Soziales, (Hrsg.), Bericht des Arbeitskreises für Pflegevorsorge 1. Jänner 1994 bis Dezember 1995, Wien.
- » Bundesministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales, (Hrsg.), Bericht des Arbeitskreises für Pflegevorsorge 1996, Wien.
- » Bundesministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales, (Hrsg.), Bericht des Arbeitskreises für Pflegevorsorge 1997, Wien.
- » Bundesministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales, (Hrsg.), Bericht des Arbeitskreises für Pflegevorsorge 1998, Wien.
- » Bundesministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales, (Hrsg.), Bericht des Arbeitskreises für Pflegevorsorge 1999, Wien.
- » Bundesministerium für Gesundheit (D): Reform zur nachhaltigen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung, 2007a.

- » Bundesministerium für Gesundheit (D): Zahlen und Fakten zur Pflegeversicherung (12/07), 2007b, http://www.bmg.bund.de/nn_604244/Shared-Docs/Download/DE/Themenschwerpunkte/Pflegeversicherung/Informationen/ZahlenFakten,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/ZahlenFakten.pdf
- » Bundesministerium für Soziale Sicherheit und Generationen, (Hrsg.), Bericht des Arbeitskreises für Pflegevorsorge 2000, Wien.
- » Bundesministerium für Soziale Sicherheit und Generationen, (Hrsg.), Bericht des Arbeitskreises für Pflegevorsorge 2001, Wien.
- » Bundesministerium für Soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz, (Hrsg.), Bericht des Arbeitskreises für Pflegevorsorge 2002, Wien.
- » Bundesministerium für Soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz, (Hrsg.), Bericht des Arbeitskreises für Pflegevorsorge 2003, Wien.
- » Bundesministerium für Soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz, (Hrsg.), Bericht des Arbeitskreises für Pflegevorsorge 2004, Wien.
- » Bundesministerium für Soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz, (Hrsg.), Bericht des Arbeitskreises für Pflegevorsorge 2005, Wien.
- » Bundesministerium für Soziales und Konsumentenschutz, (Hrsg.), Bericht des Arbeitskreises für Pflegevorsorge 2006, Wien.
- » Comas-Herrera, A., Costa-Font, J., Gori, C., di Maio, A., Patxot, C., Pickard, L., Pozzi, A., Rothgang, H., Wittenberg, R., European Study of Long-Term Care Expenditure: Investigating the sensitivity of projections of future long-term care expenditure in Germany, Spain, Italy and the United Kingdom to changes in assumptions about demography, dependency, informal care, formal care and unit costs, Personal Social Services Research Unit (PSSRU), Discussion Paper, 2003, (1840), http://ec.europa.eu/employment_social/soc-prot/healthcare/ltc_study_en.pdf.
- » Deutscher Industrie- und Handelskammertag, Zukunftsfähigkeit, Leistungsfähigkeit und Wettbewerb, Beschluss des DIHK-Vorstandes, Berlin, 2007.
- » Doblhammer, G., Kytir, J., Compression or expansion of morbidity? Trends in healthy-life expectancy in the elderly Austrian population between 1978 and

- 1998, *Social Science and Medicine*, 2001, 52, p. 385-391.
- » Economic Policy Committee, The impact of aging on public expenditure: projections for the EU25 Member States on pension, health care, long-term care, education und unemployment, (2004-2050), 2006, http://europa.eu.int/comm/economy_finance/epc/epc_publications_en.htm
 - » Evandrou, M. Employment and Care, Paid and Unpaid Work: The Socio-Economic Position of Informal Carers, in: Philips, J., ed., *Working Carers*, Avebury, Aldershot, 1995.
 - » Fuchs, M., Non-Take-Up Sozialhilfe (HLU 2003) und Schlussfolgerungen für Mindestsicherung, Präsentation im Rahmen des WIFO-Jour-Fixe Budget- und Steuerpolitik, Dezember 2007.
 - » Guger, A., Walterskirchen, E., Busch, G., Czerny, M., Puwein, W., Mooslechner, P., Umverteilung durch öffentliche Haushalte in Österreich, Studie, WIFO, Wien, 1987.
 - » Guger, A., Umverteilung durch den Staat in Österreich, WIFO-Monatsberichte 69(10) 1996, Wien, S- 635-652.
 - » Hanika, A., Vorausschätzung der Privathaushalte und Familien Österreichs bis 2050, *Statistische Nachrichten*, 2006, (11), S. 1004-1018.
 - » Jacobzone, S., Cambois E., Chaplain, E. & Robine, J., 'The health of older persons in OECD countries: is it improving fast enough to compensate for population ageing?', *Labour Market and Social Policy Occasional Papers No 37*, OECD. Paris, 1999
 - » Lass, K., Die Gesundheitsreform in den Niederlanden – ein Vorbild für Deutschland?, *Internationale Politikanalyse, Politikinfo*, August 2006.
 - » Lehner, M., Mayr, M., Nahtstelle Krankenhaus – Ambulante Pflege, Schritte zur systemübergreifenden Prozessoptimierung, Linz, 2007.
 - » Ministerie van Financien, *Policy spearheads for 2006*.
 - » Ministerium für Gesundheit, Gemeinwohl und Sport (NL), *Das neue Gesundheitssystem in den Niederlanden*, o.J.

- » Ministerium für Gesundheit, Gemeinwohl und Sport (NL), En Route to a sustainable System of long-term care and social support, 2004.
- » Ministerium für Gesundheit, Gemeinwohl und Sport (NL), Fact sheet Personal budget AWBZ, 2006, http://www.minvws.nl/en/folders/zzoude_directies/dvvo/2005/fact-sheet-personal-budget-awbz.asp.
- » Ministry of the Interior and Health , Ministry of Social Affairs (DK), Report on health and long-term care in Denmark, 2005.
- » Ministry of the Interior and Health, Health care in Denmark, 2005, <http://eng.social.dk/index.aspx?id=6c69ba60-5ac5-49c7-bda8-c719fc5230>.
- » Mühlberger, U., Wege aus der Frauenarmut durch Arbeitsmarktpartizipation, in: Heitzmann, K., Schmidt, A., Auswege aus der Frauenarmut, Frankfurt, 2004.
- » Municipality of Amsterdam, Social Support Act, Amsterdam cares, <http://www.zuidoost.amsterdam.nl>.
- » Österle, A., Meichenitsch, K., Pflegesicherungssysteme in Europa, Soziale Sicherheit, 2007, (11), S. 536-544.
- » Pijl, M., Ramackers, C., Contracting Ones's Family Members: The Dutch Care Allowance, in: Ungerson, C., Yeandle, S., (Eds.) Cash for Care in Developed Welfare States, 2007, S. 81-104.
- » Quantum, Institut für betriebswirtschaftliche Beratung GmbH, Studie über die Organisation und Finanzierung der Pflegevorsorge in Österreich, im Auftrag des Bundesministeriums für Soziales und Konsumentenschutz, 2007.
- » Rothgang, H., Unterschiedliche Gestaltungs- und Finanzierungskonzepte der Pflegeversicherung, Bremen, 2006.
- » Schreuder Goedheijt, T., Visser-Jansen, G., Mantelzorg in the Netherlands, Family care: characteristics, care policies, support and research, Utrecht, 2004.
- » Skuban, R., Pflegesicherung in Europa, Sozialpolitik im Binnenmarkt, Wiesbaden, 2004.
- » Statistics Denmark, Statistical Yearbook, 2007, <http://www.dst.dk/HomeUK/Statistics/ofs/Publications/Yearbook.aspx>.

- » Statistik Austria, Direktion Bevölkerung, Sozial(hilfe)leistungen der Bundesländer 2004, 2006, http://www.armut.at/Bdl_S_h_leistungen_2004.pdf.
- » Stiftung Marktwirtschaft, Zukunftsfeste Pflegeversicherung, Tagungsbericht, Berlin, 2006.
- » Tjadens, F., Goris, A., Pim de Graaf, Kraakman, T., Slijkhuis, B., Long term care in other countries – Lessons for the Netherlands, 2005.
- » Ungerson, C., Yeandle, S., (Eds.) Cash for Care in Developed Welfare States, 2007.
- » Verband der privaten Krankenversicherung (DE), Die niederländische Gesundheitsreform 2006 aus deutscher Sicht, Berlin, 2006.

7.ANHANG

Übersicht A1: Anzahl der BezieherInnen von Pflegegeld, 1994 bis 2006

per 31.12.	Insgesamt		Bundespflegegeld		Landespflegegeld	
	Personen	In % gg. Vorjahr	Personen	In % gg. Vorjahr	Personen	In % gg. Vorjahr
Frauen und Männer insgesamt						
1994 ¹⁾	317.231		266.498		50.733	
1995 ¹⁾	324.548	2,3	271.253	1,8	53.295	5,0
1996 ¹⁾	316.080	-2,6	262.220	-3,3	53.860	1,1
1997	320.496	1,4	268.995	2,6	51.501	-4,4
1998 ³⁾	323.528	0,9	273.020	1,5	50.508	-1,9
1999 ³⁾	333.109	3,0	278.887	2,1	54.222	7,4
2000 ³⁾	340.415	2,2	285.500	2,4	54.915	1,3
2001 ³⁾	346.447	1,8	292.019	2,3	54.428	-0,9
2002 ³⁾	359.166	3,7	303.528	3,9	55.638	2,2
2003 ³⁾	364.719	1,5	307.999	1,5	56.720	1,9
2004 ³⁾	378.943	3,9	320.258	4,0	58.685	3,5
2005 ^{2) 3)}	382.821	1,0	323.288	0,9	59.533	1,4
2006 ³⁾	398.293	4,0	337.322	4,3	60.971	2,4
Frauen						
1994 ¹⁾	197.820		168.113		29.707	
1995 ¹⁾	215.092	8,7	184.769	9,9	30.323	2,1
1996 ¹⁾	216.108	0,5	181.100	-2,0	35.008	15,5
1997	219.605	1,6	185.704	2,5	33.901	-3,2
1998 ³⁾	218.887	-0,3	185.819	0,1	33.068	-2,5
1999 ³⁾	225.639	3,1	189.903	2,2	35.736	8,1
2000 ³⁾	230.350	2,1	194.078	2,2	36.272	1,5
2001 ³⁾	233.486	1,4	197.728	1,9	35.758	-1,4
2002 ³⁾	241.592	3,5	205.150	3,8	36.442	1,9
2003 ³⁾	244.698	1,3	207.714	1,2	36.984	1,5
2004 ³⁾	254.533	4,0	216.195	4,1	38.338	3,7
2005 ^{2) 3)}	256.752	0,9	217.794	0,7	38.958	1,6
2006 ³⁾	262.554	2,3	226.540	4,0	36.014	-7,6
Männer						
1994 ¹⁾	88.032		73.624		14.408	
1995 ¹⁾	101.560	15,4	86.484	17,5	15.076	4,6
1996 ¹⁾	99.669	-1,9	81.120	-6,2	18.549	23,0
1997	100.891	1,2	83.291	2,7	17.600	-5,1
1998 ³⁾	102.266	1,4	84.826	1,8	17.440	-0,9
1999 ³⁾	105.021	2,7	86.535	2,0	18.486	6,0
2000 ³⁾	107.560	2,4	88.917	2,8	18.643	0,8
2001 ³⁾	110.436	2,7	91.766	3,2	18.670	0,1
2002 ³⁾	114.904	4,0	95.708	4,3	19.196	2,8
2003 ³⁾	117.274	2,1	97.538	1,9	19.736	2,8
2004 ³⁾	121.484	3,6	101.137	3,7	20.347	3,1
2005 ^{2) 3)}	123.057	1,3	102.482	1,3	20.575	1,1
2006 ³⁾	132.680	7,8	107.723	5,1	24.957	21,3

Q: Statistik Austria, BMSK, Bericht des Arbeitskreises für Pflegevorsorge, WIFO-Berechnungen. – ¹⁾ Die Summe aus Frauen und Männern weicht von Insgesamt ab, weil die Aufgliederung nach Geschlecht nicht für alle Bundesländer bzw. nicht von allen Bundesträgern (1994) vorliegt; Differenz 1994: insgesamt 31.379 Personen, davon 24.761 Bundespflegegeld, 6.681 Landespflegegeld, 1995: 7.898 Personen, 1996: 303 Personen. – ²⁾ Die Angaben für Salzburg beziehen sich auf Jänner 2006. – ³⁾ Darin enthalten auch OFG und LandeslehrerInnen, die nicht nach Geschlecht getrennt geführt werden. Für 1998: +2.375 Personen, 1999: +2.449 Personen, 2000: +2.505 Personen, 2001: +2.525 Personen, 2002: +2.670 Personen, 2003: +2.747 Personen, 2004: +2.926 Personen, 2005: +3.012 Personen, 2006: +3.059 Personen.

Übersicht A2: LandespflegegeldbezieherInnen nach Geschlecht und Bundesland, 1994 bis 2006

Anzahl der LandespflegegeldbezieherInnen im Bundesgebiet ¹⁾										
per 31.12.	Österreich	Bgld	Ktn	NÖ	OO	Sbg	Stmk	Tirol	Vbg	Wien
Insgesamt										
1994 ¹⁾	50.733	1.410	4.898	9.533	8.693	3.148	6.618	5.756	1.789	8.888
1995 ¹⁾	53.295	1.613	4.880	9.615	8.591	3.148	7.896	6.603	1.757	9.192
1996 ¹⁾	53.860	1.579	4.718	9.312	8.207	3.235	8.036	3.870	1.942	12.961
1997	51.501	1.605	4.575	9.449	8.272	3.010	8.187	3.816	1.819	10.768
1998	50.508	1.605	4.365	8.831	8.466	3.081	8.214	3.467	1.774	10.705
1999	54.222	1.632	5.216	9.993	8.358	3.049	8.588	3.493	1.784	12.109
2000	54.915	1.633	5.606	9.553	8.370	3.011	8.792	3.611	1.783	12.556
2001	54.428	1.641	5.119	10.130	8.554	3.046	8.859	3.447	1.778	11.854
2002	55.638	1.658	5.253	10.352	8.508	3.038	9.027	3.596	1.849	12.357
2003	56.720	1.681	5.174	10.218	8.648	3.109	9.324	3.737	1.925	12.904
2004	58.685	1.716	5.589	10.878	8.703	3.100	9.506	3.829	1.931	13.433
2005 ²⁾	59.533	1.770	5.584	11.061	8.789	3.151	9.580	4.024	2.037	13.537
2006	60.971	1.846	5.629	11.382	9.138	3.227	10.268	4.577	2.144	12.760
Frauen										
1994 ¹⁾	29.707	979	3.485	6.708	5.814	2.050	.	3.932	1.116	5.623
1995 ¹⁾	30.323	1.113	3.474	6.715	5.662	2.018	.	4.534	1.093	5.714
1996 ¹⁾	35.008	1.073	3.369	6.413	5.356	2.031	5.568	2.438	1.191	7.569
1997	33.901	1.082	3.252	6.504	5.379	1.897	5.689	2.523	1.098	6.477
1998	33.068	1.082	3.119	6.045	5.525	1.939	5.695	2.267	1.056	6.340
1999	35.736	1.105	3.779	6.782	5.541	1.913	5.975	2.269	1.070	7.302
2000	36.272	1.115	4.102	6.568	5.505	1.879	6.141	2.340	1.068	7.554
2001	35.758	1.115	3.820	6.876	5.707	1.881	6.196	2.265	1.040	6.858
2002	36.442	1.140	3.929	7.038	5.588	1.886	6.357	2.387	1.092	7.025
2003	36.984	1.164	3.828	6.850	5.672	1.943	6.596	2.468	1.154	7.309
2004	38.338	1.176	4.135	7.316	5.715	1.935	6.753	2.523	1.179	7.606
2005 ²⁾	38.958	1.233	4.145	7.511	5.762	1.969	6.801	2.671	1.236	7.630
2006	36.014	1.297	4.193	3.658	6.038	2.034	7.346	3.043	1.343	7.062
Männer										
1994 ¹⁾	14.408	431	1.413	2.825	2.879	1.098	.	1.824	673	3.265
1995 ¹⁾	15.076	500	1.406	2.900	2.929	1.130	.	2.069	664	3.478
1996 ¹⁾	18.549	506	1.349	2.899	2.851	1.204	2.468	1.432	751	5.089
1997	17.600	523	1.323	2.945	2.893	1.113	2.498	1.293	721	4.291
1998	17.440	523	1.246	2.786	2.941	1.142	2.519	1.200	718	4.365
1999	18.486	527	1.437	3.211	2.817	1.136	2.613	1.224	714	4.807
2000	18.643	518	1.504	2.985	2.865	1.132	2.651	1.271	715	5.002
2001	18.670	526	1.299	3.254	2.847	1.165	2.663	1.182	738	4.996
2002	19.196	518	1.324	3.314	2.920	1.152	2.670	1.209	757	5.332
2003	19.736	517	1.346	3.368	2.976	1.166	2.728	1.269	771	5.595
2004	20.347	540	1.454	3.562	2.988	1.165	2.753	1.306	752	5.827
2005 ²⁾	20.575	537	1.439	3.550	3.027	1.182	2.779	1.353	801	5.907
2006	24.957	549	1.436	7.724	3.100	1.193	2.922	1.534	801	5.698

Q: Statistik Austria, BMSK, Bericht des Arbeitskreises für Pflegevorsorge. – ¹⁾ Die Summe aus Frauen und Männern weicht von Insgesamt ab, weil die Aufgliederung nach Geschlecht nicht für alle Bundesländer vorliegt; Differenz 1995: 7.898 Personen, 1996: 303 Personen. – ²⁾ Die Angaben für Salzburg beziehen sich auf Jänner 2006. – ³⁾ OFG und LandeslehrerInnen nicht nach Geschlecht gegliedert. – ⁴⁾ 1995 bis 1997 Anzahl ohne OFG und LandeslehrerInnen.

Übersicht A3: Finanzierung der Altenpflege (über 60 Jahre) durch Gebietskörperschaften, 2005

	Aufwand Bundespflegegeld	Aufwand Landesmittel	Zuordenbarer Aufwand Gemeinden (nicht zuordenbar/abgrenzbar EUR 442 Mio.)				Gesamt 2005 In Prozent
			Zahlungen an Land	Direkt zuordenbare Ausgaben	Summe Gemeinden		
			In Euro				
Burgenland	53.728.586	8.668.233	7.089.333	2.700.729	9.790.062	81.976.942	4%
Kärnten	100.223.534	23.530.913	19.665.822	1.075.103	20.740.925	165.236.295	8%
NÖ	234.039.241	82.187.346	75.646.746	7.312.074	82.958.820	482.144.226	22%
OÖ	201.905.477	106.113.930	12.475.757	7.788.834	20.264.591	348.548.590	16%
Salzburg	61.562.208	28.429.185	31.606.701	13.469.953	45.076.654	180.144.701	8%
Steiermark	216.817.138	75.817.196	43.630.429	7.103.532	50.733.960	394.102.254	18%
Tirol	80.231.420	82.812.475	31.605.612	12.742.019	44.347.631	251.739.157	11%
Vorarlberg	40.725.311	31.687.207	12.298.281	5.579.689	17.877.970	108.168.458	5%
Wien	212.482.994	171.010.541	92.082.599	n.a.	92.082.599	567.658.734	26%
Gesamt	1.201.715.909	610.257.026	326.101.280	57.771.932	383.873.212	2.195.846.146	100%
Prozentanteil	54,7%	27,8%	14,9%	2,6%	17,5%	100%	

Q: Quantum, 2007.

Übersicht A4: Nettoaufwand ambulante Dienste, 2000 bis 2006

Nettoaufwand für ambulante Dienste von 2000 bis 2006

BUNDESLAND	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	Veränderung absolut	Veränd. in %
BURGENLAND	751.146	886.391	1.029.700	1.502.000	2.157.900	2.191.300	3.923.490 ¹⁾	3.172.344	422,3%
KÄRNTEN	7.164.168	5.895.090	7.863.100	8.925.587	9.212.700	11.070.800	12.969.482	5.805.314	81,0%
NIEDERÖSTERREICH	18.663.984	19.325.538	20.263.286	21.597.219	23.226.537	24.528.433	27.563.869	8.899.884	47,7%
OBERÖSTERREICH	21.980.117	23.735.238	25.828.928	28.712.731	32.388.016	34.736.680	39.176.625	17.196.508	78,2%
SALZBURG ²⁾	12.733.283	10.925.312	8.852.810	8.967.537	8.012.290	7.943.757	8.737.142	-3.986.141	-31,4%
STEIERMARK									
TIROL	4.848.559	4.265.132	6.376.748	6.382.167	6.576.633	7.230.080	7.587.581	2.739.022	56,5%
VORARLBERG	17.740.272	20.040.869	21.106.235	20.037.980	23.035.697	23.995.838	26.604.922	8.864.650	50,0%
WIEN	113.527.873	94.803.800	89.814.301	91.209.835	94.933.078	101.743.024	110.552.587	-2.975.286	-2,6%
ÖSTERREICH (ohne Steiermark)	197.409.402	179.877.368	181.135.108	187.335.056	199.542.851	213.439.912	237.115.698	39.706.295	20,1%

¹⁾ Ab 2006 Wegfall der Einnahmen aus den Strukturfonds

²⁾ Rückgang ab dem Jahr 2001 aufgrund von Tarifänderungen. Ein Vergleich mit den Vorjahren ist daher nicht möglich.

O. Bericht des Arbeitskreises zur Pflegevorsorge 2006. "Dabei ist zu beachten, dass aus Gründen der Vergleichbarkeit nicht alle gemeldeten Daten aus den vorhandenen Arbeitskreisberichten übernommen wurden. Es wurden nur jene Erhebten eines Landes über die Jahre hinweg dargestellt, für die ein Vergleich plausibel erschien. Für jedes Land sind zusätzlich die absoluten und prozentuellen Veränderungen des jeweiligen Vergleichszeitraumes dargestellt. Eine Vergleichbarkeit der Erhebten und der Kosten zwischen den einzelnen Bundesländern ist aufgrund unterschiedlicher Bezeichnungen der Dienste bzw. unterschiedlicher Inhalte bei gleicher Bezeichnung nur sehr eingeschränkt gegeben." (Bericht des Arbeitskreises zur Pflegevorsorge 2006, S. 140).

Übersicht A5: Nettoaufwand stationäre Dienste, 2000 bis 2006

Nettoaufwand für stationäre Dienste von 2000 bis 2006

BUNDESLAND	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	Veränderung absolut	Veränd. in %
BURGENLAND	19.489.864	19.225.651	22.117.892	6.260.800	6.755.900	10.901.500	9.941.081	3.401.081 ¹⁾	52,0% ¹⁾
KÄRNTEN	65.640.502	65.568.251	73.697.391	22.359.128	24.294.351	24.716.714	34.278.729	14.788.865	75,9%
NIEDERÖSTERREICH	47.784.133 ²⁾	52.484.394 ²⁾	58.874.000 ²⁾	76.349.180	80.797.107	92.175.991	99.745.069	34.104.567	52,0%
OBERSÖSTERREICH	31.717.102	20.837.351	20.064.210	20.847.524	23.706.745	83.972.504	97.146.339 ²⁾	49.362.506	103,3%
SALZBURG	65.742.647	67.107.143	80.008.056	82.118.567	80.981.548	25.610.250	30.481.914	-1.235.188	-3,9%
STEIERMARK	20.441.923	31.114.125	29.165.148	27.040.857	33.145.428	82.697.412	94.711.352	28.968.705	44,1%
TIROL	24.647.663	26.684.993	29.049.378	27.395.270	21.849.549	34.711.272	35.592.907	15.150.985	74,1%
VORARLBERG	287.512.918	308.447.781	298.143.659	277.789.296	324.448.913 ³⁾	26.804.339	24.920.088	272.425	1,1%
WIEN						74.971.549 ⁴⁾	88.735.094 ⁴⁾		
ÖSTERREICH (ohne Burgenland und Wien)	275.463.833,09	283.021.908,00	312.976.075	321.000.076	338.729.128	370.688.482	416.876.398	141.412.565	51,3%
2000 - 2006									

1) Ab dem Jahr 2002

2) Ausgaben nur für Pflegegeldbezieher

3) Ab 2004 ohne Kuratorium Wiener Pensionistenheime

4) Ohne städtische Pflegeheime

Q: Bericht des Arbeitskreises zur Pflegevorsorge 2006. Ad Vergleichbarkeit der Daten siehe Fußnote Übersicht A4.

Übersicht A6: Nettoaufwand ambulante Dienste, 1994 bis 2006

Nettoaufwand für ambulante Dienste von 1994 bis 2006

BUNDESLAND	neut PROB	nicht PROB	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
BEGLD	✓	✓	2.396.397	2.485.495	1.966.748	5.017.516	5.182.185	6.119.259	7.144.124	1.059.379	1.059.379	1.590.289	2.137.593	2.701.329	3.079.459
BY	✓	✓	1.142.718	12.573.061	12.573.061	13.670.827	14.179.204	16.719.264	18.663.984	19.325.538	20.262.386	21.597.219	23.226.531	24.538.433	25.962.869
NO	✓	✓	11.713.865	12.934.645	13.407.748	14.866.173	17.175.656	19.837.431	21.980.171	23.735.238	25.829.928	28.712.731	32.488.016	34.736.680	39.176.625
SG	✓	✓	8.510.913	7.866.321	11.259.449	4.841.617	9.939.659	15.544.982	12.733.232	10.925.312	8.852.810	8.402.537	8.012.294	7.943.751	8.737.143
STNR	✓	✓	3.371.188	3.371.188	3.371.188	3.371.188	3.371.188	3.371.188	3.371.188	3.371.188	3.371.188	3.371.188	3.371.188	3.371.188	3.371.188
HNCK	✓	✓	3.371.188	3.371.188	3.371.188	3.371.188	3.371.188	3.371.188	3.371.188	3.371.188	3.371.188	3.371.188	3.371.188	3.371.188	3.371.188
WFG	✓	✓	11.327.016	11.327.016	11.327.016	11.327.016	11.327.016	11.327.016	11.327.016	11.327.016	11.327.016	11.327.016	11.327.016	11.327.016	11.327.016
WEN	✓	✓	75.629.582	75.629.582	75.629.582	75.629.582	75.629.582	75.629.582	75.629.582	75.629.582	75.629.582	75.629.582	75.629.582	75.629.582	75.629.582
ÖSTERREICH			122.413.924	127.922.249	139.110.497	129.105.094	147.115.378	164.651.714	197.499.402	179.877.348	181.135.108	187.235.096	199.342.851	213.439.912	227.115.698

- 1) 1994-1998: Daten vorhanden. Nettoaufwand 0,0.
- 2) 1999: Daten plausibel? Seine folgerichtige, teilweise große Abweichungen.
- 3) AG 2006: Wegfall der Einnahmen aus den Stufenfonds.
- 4) 1996: kein Nettoaufwand ausgewiesen. Wert von WFO eingestuft (BRGAZ-Mittel abgezogen, wie in 1995).
- 5) 1997: kein Nettoaufwand ausgewiesen. Wert von WFO eingestuft (BRGAZ-Mittel abgezogen, wie in 1995).
- 6) 1999: Haushaltsrücklage von 1,9 Mio. ab auf 28,95 Mio. ab.
- 7) Nur für Pflegegeldbesitzerinnen. Essen auf Bäumen (BaB) auch für Nicht-Pflegegeldbesitzerinnen.
- 8) 1994-1995: unklar, da Summe Nettoaufwand (ent).
- 9) 1996: Daten unklar, ausgewiesener Nettoaufwand stimmt nicht mit errechnetem Südo. überein.
- 10) 1996: Unterschied zu 1995: durch neue Leistungsfamilienhilfe bedingt.
- 11) 1997: Daten plausibel?
- 12) 1994-1996: unklar, kein Nettoaufwand ausgewiesen - BRGAZ-Mittel?
- 13) 1998-2001 sowie 2006: keine Daten ausgewiesen.
- 14) 1999: Nettoaufwand für ambulante Dienste ausgewiesen, mit Aufwand in G.u. Vorkosten.
- 15) 1998: Daten plausibel? Sozial- u. Gesundheitspersonal-Daten einschließlich Bereich AK zur Pflegevorsorge 1998, S. 105ff.
- 16) 1997: auffällig ein extrem hoher Behindertenanteil für Hauskrankepflege.
- 17) 2000: auffällig hohe sonstige ambulante Dienste.

O. Bericht des Arbeitskreises zur Pflegevorsorge 1994 bis 2006, WIFO-Berechnungen.

Übersicht A7: Nettoaufwand teilstationäre Dienste, 1994 bis 2006

Nettoaufwand für teilstationäre Dienste von 1994 bis 2006
inklusive Behinderten-Tagesheime

BUNDESLAND	neut PROB	nicht PROB	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
BEGLD	✓	✓	6.464.138	8.286.531	7.608.918	6.701.599	8.280.704	8.530.773	-	-	13.226.300	13.813.800	14.307.200	16.145.740	20.124.739
KTN	-	-	381.282	469.990	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
NO	✓	✓	10.720.116	11.308.439	12.336.214	13.034.527	15.435.201	17.074.337	18.496.326	32.222.611	36.541.765	34.589.931	37.977.594	41.610.255	45.827.360
SG	✓	✓	729.758	486.037	486.037	486.037	486.037	486.037	486.037	486.037	486.037	486.037	486.037	486.037	486.037
STNR	✓	✓	24.701.490	24.701.490	24.701.490	24.701.490	24.701.490	24.701.490	24.701.490	24.701.490	24.701.490	24.701.490	24.701.490	24.701.490	24.701.490
HNCK	-	-	6.698.926	6.698.926	6.698.926	6.698.926	6.698.926	6.698.926	6.698.926	6.698.926	6.698.926	6.698.926	6.698.926	6.698.926	6.698.926
WFG	✓	✓	6.407.748	6.407.748	6.407.748	6.407.748	6.407.748	6.407.748	6.407.748	6.407.748	6.407.748	6.407.748	6.407.748	6.407.748	6.407.748
WEN	✓	✓	54.543	54.543	54.543	54.543	54.543	54.543	54.543	54.543	54.543	54.543	54.543	54.543	54.543
ÖSTERREICH			23.920.924	27.601.222	53.713.297	27.944.914	32.791.488	37.003.882	31.562.894	45.802.143	64.211.915	64.813.714	72.938.783	79.703.958	89.694.660

- 1) Behindertenhilfe - kein Aufwand für Ate.
- 2) 2000-2001: nicht verfügbar.
- 3) Nettoaufwand teilstationäre Dienste im stationären Bereich.
- 4) 1996: kein Nettoaufwand ausgewiesen, sehr hoch.
- 5) Keine teilstationären Dienste ausgewiesen, für Behinderte sind die teilstationären Dienste in den stationären Diensten enthalten.
- 6) teilstationäre Dienste differenziert ausgewiesen, überwiegend Teil (97%) für Behinderte und psychisch Behinderte.
- 7) teilstationäre Dienste nur unterschiedlich ausgewiesen - Daten zu klären: Leitungen überwiegend für Senioren.
- 8) Nettoaufwand teilstationäre Dienste im stationären Bereich.
- 9) Kosten für Tagesheime (Behinderte). Daten 2004 am 07.03.2008 erhalten (nach Berechnung im BMSK eingeleitet).
- 10) Kosten für Tagesheime (Behinderte). Daten 2004 am 07.03.2008 erhalten (nach Berechnung im BMSK eingeleitet).
- 11) Werte nur für geriatrische Tageszentren. Keine Nettoaufgaben für Beschäftigungstherapien für Behinderte angegeben.

O. Bericht des Arbeitskreises zur Pflegevorsorge 1994 bis 2006, WIFO-Berechnungen.

Übersicht A8: Nettoaufwand stationäre Dienste, 1994 bis 2006

Nettoaufwand für stationäre Dienste (Allen, Pflege-, Behinderteneinrichtungen) von 1994 bis 2006 (Allen-, Pflege-, Behinderteneinrichtungen)

BUNDES/LAND	ausw. nicht-wohn. mens.	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
BRUNNEN	ausw. nicht-wohn. mens.	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
SGD (3,3)	✓	8.284,828	10.319,231	12.108,474	10.783,340	10.957,828	10.574,913	10.574,913	10.574,913	10.574,913	10.574,913	10.574,913	10.574,913	10.574,913
MD (3,3)	✓	22.662,808	22.662,808	22.662,808	22.662,808	22.662,808	22.662,808	22.662,808	22.662,808	22.662,808	22.662,808	22.662,808	22.662,808	22.662,808
NO (3,3)	✓	57.111,381	57.111,381	57.111,381	57.111,381	57.111,381	57.111,381	57.111,381	57.111,381	57.111,381	57.111,381	57.111,381	57.111,381	57.111,381
DO (3,3)	✓	71.971,929	71.971,929	71.971,929	71.971,929	71.971,929	71.971,929	71.971,929	71.971,929	71.971,929	71.971,929	71.971,929	71.971,929	71.971,929
SGG	✓	22.078,936	22.078,936	22.078,936	22.078,936	22.078,936	22.078,936	22.078,936	22.078,936	22.078,936	22.078,936	22.078,936	22.078,936	22.078,936
MDG	✓	14.307,458	14.307,458	14.307,458	14.307,458	14.307,458	14.307,458	14.307,458	14.307,458	14.307,458	14.307,458	14.307,458	14.307,458	14.307,458
WEN	✓	22.832,331	22.832,331	22.832,331	22.832,331	22.832,331	22.832,331	22.832,331	22.832,331	22.832,331	22.832,331	22.832,331	22.832,331	22.832,331
WEN	✓	103.281,396	103.281,396	103.281,396	103.281,396	103.281,396	103.281,396	103.281,396	103.281,396	103.281,396	103.281,396	103.281,396	103.281,396	103.281,396
ÖSTERREICH	✓	329.578,614	425.816,147	560.375,699	618.611,238	644.535,792	771.356,079	792.092,361	808.905,238	869.246,501	858.071,981	1.026.972,714	1.094.288,772	1.005.522,646

- 1) 1994-1999: Ausgaben für Alten- und Behinderteneinrichtungen, psychiatrische Patienten, Suchtkranke, etc.
- 2) Keine Angaben
- 3) Ab 2002: Ausgaben für Pflege-, Behinderteneinrichtungen und psychiatrische Patienten, Erntehäuser für psychische
- 4) Unterbringung in Pflege-, Behinderteneinrichtungen und psychiatrische Patienten, Erntehäuser für psychische
- 5) 1994-2001 nur für Pflege-, Behinderteneinrichtungen und psychiatrische Patienten, Erntehäuser für psychische
- 6) 2002-2006: Werte, die auch für Nicht-Pflege-/Behinderteneinrichtungen
- 7) Werte inklusive Behinderteneinrichtungen und teils alternativen Diensten für Behinderte, Pflege-, Personensorientiert und
- Altenheimen für Pflege-/Behinderteneinrichtungen, Altenheimen ohne Pflege-/Behinderteneinrichtungen
- 8) Ausgaben nur für Pflege-/Behinderteneinrichtungen, 2008 ohne Behinderteneinrichtungen, ohne Heim psychisch Behinderte
- 9) 2008 Nettoaufwand ohne Behinderteneinrichtungen (stationär und stationär), Nicht mit Vorjahren vergleichbar
- 10) Nur Werte für Pflege-/Behinderteneinrichtungen, OHNE Behinderteneinrichtungen
- 11) Wert 2002 stark ansteigend durch Vor- und Nachgelagerung
- 12) Werte für Pflege-, Personensorientiert, Alten-, Behinderteneinrichtungen sowie Investitionsförderung für Pflege-/Behinderteneinrichtungen
- 13) 1994-1999: ohne private und stationäre Pflege-/Behinderteneinrichtungen

Q: Bericht des Arbeitskreises zur Pflegevorsorge 1994 bis 2006, WIFO-Berechnungen.

Übersicht A9: Nettoaufwand Gesamt, 1994 bis 2006

Gesamter Nettoaufwand für Allen-, Pflege- und Behinderteneinrichtungen von 1994 bis 2006

BUNDES/LAND	ausw. nicht-wohn. mens.	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
BRUNNEN	ausw. nicht-wohn. mens.	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
MD (3,3)	✓	14.740,967	18.604,782	19.717,452	17.484,938	19.238,534	19.268,112	19.268,112	19.268,112	19.268,112	19.268,112	19.268,112	19.268,112	19.268,112
SGD (3,3)	✓	25.442,471	25.748,294	25.748,294	25.748,294	25.748,294	25.748,294	25.748,294	25.748,294	25.748,294	25.748,294	25.748,294	25.748,294	25.748,294
MDG	✓	90.808,971	90.808,971	90.808,971	90.808,971	90.808,971	90.808,971	90.808,971	90.808,971	90.808,971	90.808,971	90.808,971	90.808,971	90.808,971
SGG	✓	30.197,766	29.844,379	29.844,379	29.844,379	29.844,379	29.844,379	29.844,379	29.844,379	29.844,379	29.844,379	29.844,379	29.844,379	29.844,379
STW	✓	50.783,177	50.783,177	50.783,177	50.783,177	50.783,177	50.783,177	50.783,177	50.783,177	50.783,177	50.783,177	50.783,177	50.783,177	50.783,177
MDG	✓	16.680,782	16.680,782	16.680,782	16.680,782	16.680,782	16.680,782	16.680,782	16.680,782	16.680,782	16.680,782	16.680,782	16.680,782	16.680,782
WEN	✓	40.612,269	40.612,269	40.612,269	40.612,269	40.612,269	40.612,269	40.612,269	40.612,269	40.612,269	40.612,269	40.612,269	40.612,269	40.612,269
ÖSTERREICH	✓	522.200,667	581.339,638	753.199,684	775.663,248	874.422,658	973.074,381	1.022.665,731	1.024.584,749	1.114.697,524	1.110.166,753	1.299.354,355	1.387.432,842	1.332.335,005

- 1) 1994-1999: Ausgaben für Alten- und Behinderteneinrichtungen, psychiatrische Patienten, Suchtkranke, etc.
- 2) Keine Angaben
- 3) Ab 2002: Ausgaben für Pflege-, Behinderteneinrichtungen und psychiatrische Patienten, Erntehäuser für psychische
- 4) Unterbringung in Pflege-, Behinderteneinrichtungen und psychiatrische Patienten, Erntehäuser für psychische
- 5) 1994-2001 nur für Pflege-/Behinderteneinrichtungen, 2002-2006: unter, ob auch für Nicht-Pflege-/Behinderteneinrichtungen
- 6) 2002-2006: Werte, die auch für Nicht-Pflege-/Behinderteneinrichtungen
- 7) Werte inklusive Behinderteneinrichtungen und teils alternativen Diensten für Behinderte, Pflege-, Personensorientiert und
- Altenheimen für Pflege-/Behinderteneinrichtungen, Altenheimen ohne Pflege-/Behinderteneinrichtungen
- 8) Ausgaben nur für Pflege-/Behinderteneinrichtungen, 2008 ohne Behinderteneinrichtungen, ohne Heim psychisch Behinderte
- 9) 2008 Nettoaufwand ohne Behinderteneinrichtungen (stationär und stationär), Nicht mit Vorjahren vergleichbar
- 10) Nur Werte für Pflege-/Behinderteneinrichtungen, OHNE Behinderteneinrichtungen
- 11) Wert 2002 stark ansteigend durch Vor- und Nachgelagerung
- 12) Werte für Pflege-, Personensorientiert, Alten-, Behinderteneinrichtungen sowie Investitionsförderung für Pflege-/Behinderteneinrichtungen
- 13) 1994-1999: ohne private und stationäre Pflege-/Behinderteneinrichtungen

Q: Bericht des Arbeitskreises zur Pflegevorsorge 1994 bis 2006, WIFO-Berechnungen.

Übersicht A10: Zuordnung des Kostenausweises für teilstationäre Dienste

	Teilstationäre Dienste	
	Geriatrische Tagesheime	Behinderten-Tagesheime
Burgenland	-	X
Kärnten	-	-
Niederösterreich ¹⁾	-	-
Oberösterreich ²⁾	X	X
Salzburg ²⁾³⁾	X	-
Steiermark ¹⁾	-	-
Tirol ²⁾³⁾	X	-
Vorarlberg	-	X
Wien	X	-

Q: Bericht des Arbeitskreises zur Pflegevorsorge 1994 bis 2006. – ¹⁾ In stationären Diensten enthalten. – ²⁾ Geriatrische Tagesheime 3%, Behinderten-Tagesheime 97% des ausgewiesenen Nettoaufwandes. – ³⁾ Nur Landeszuschuß ausgewiesen.

Übersicht A11: Zuordnung des Kostenausweises für stationäre Dienste

	Stationäre Dienste		
	Pflege-, Penionisten-Altersheime	Behinderten-Wohnheime	Teilstationäre Dienste enthalten
Burgenland	X	¹⁾	
Kärnten	X	X	
Niederösterreich	X	X	X
Oberösterreich	X	X	
Salzburg	X	X	
Steiermark	X	X ²⁾	
Tirol	X		
Vorarlberg	X	X	
Wien	X	X	

Q: Bericht des Arbeitskreises zur Pflegevorsorge 1994 bis 2006. – ¹⁾ Bis 1999. – ²⁾ In 2006 Steiermark keine Daten für Behindertenheime ausgewiesen.